

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 164

QUELQUES RÉFLEXIONS MÉDICALES
SUR
LES GUÉRISONS DE LOURDES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 31 juillet 1939

PAR

Jean-Philibert-Joseph-Marie GUÉRIN

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à MACON (Saône-et-Loire), le 22 septembre 1915

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	Juges.
		PIÉCHAUD, agrégé	
		BROUSTET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6. Place Saint-Christoly, 6

1939

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 164

QUELQUES RÉFLEXIONS MÉDICALES
SUR
LES GUÉRISONS DE LOURDES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 31 juillet 1939

PAR

Jean-Philibert-Joseph-Marie GUÉRIN

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à MACON (Saône-et-Loire), le 22 septembre 1915

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	Juges.
		PIÉCHAUD, agrégé	
		BROUSTET, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6. Place Saint-Christoly, 6

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale MAURIAC.	Zoologie et parasitologie MANDOUL.
id. DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique GUYOT.	Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie. ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales. CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants. CRUCHET.
Clinique d'accouchements ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale. MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique. WANGERMEZ.
Anatomie. VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène. LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie. LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN.
Chimie. CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée LABAT.
Botanique et matière médicale. GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie. CHEYX.
Pharmacie VITTE.	Clinique odonto-stomatologique. DUBÉCQ.
Physiologie FABRE.	

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie. DUFOUR.	Chirurgie générale LOUBAT.
Physiologie. N.	id. MASSÉ.
Médecine générale. PIÉCHAUD.	id. DARGET.
id. DELMAS-MARSALET.	id. N.
id. DE GRAILLY.	Obstétrique RIVIÈRE.
id. FONTAN.	Ophtalmologie BEAUVIEUX.
id. BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie DESPONS.
id. DERVILLÉE.	Dermatologie et syphiligraphie. JOULIA.
id. N.	Physique médicale N.
Chirurgie générale. CHARRIER.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire JEANNENEY.	Ophtalmologie CABANNES (en congé).
Accouchements RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que AURIAC.
Pathologie médicale. DELMAS-MARSALET.	Anatomie J. BEAUVIEUX.
Puériculture. FAUGÈRE.	Chimie minérale CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie R. SIGALAS.	Botanique. GIRARD.
Médecine légale. DERVILLÉE.	Pharmacie galénique. MESNARD.
Urologie DARGET.	Bactériologie MOUREAU.
Législation pharmaceutique POPLAWSKI.	Physiologie PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A MON PERE — A MA MERE

Faible témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance.

A MON FRERE — A MA SŒUR

A MA TANTE — A MON COUSIN

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE LA PROMOTION « LE DANTEC »

A MES PROFESSEURS DU COLLEGE DOCTEUR KOEBERLE
A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.
Officier du Mérite maritime,*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF VARACHE

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de guerre.*

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MAURIAC

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Professeur de Clinique médicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

QUELQUES RÉFLEXIONS MÉDICALES SUR LES GUÉRISONS DE LOURDES

AVANT-PROPOS

« L'étude des guérisons de Lourdes, comme celle de la question religieuse, doit être abordée avec le même état d'esprit qu'apporte le savant à dégager les lois de l'observation impartiale de la nature, c'est-à-dire sans aucune idée préconçue, mais avec le seul souci d'étudier consciencieusement les faits et le ferme désir d'aboutir aux conclusions logiques qui s'imposent. »

Nous avons fait nôtre la formule de notre Maître M. le Professeur Duvergey, et ambitionné, essayant de bannir tout fait à priori métaphysique ou religieux, de faire œuvre strictement scientifique. La difficulté d'un tel dépouillement ne nous a pas échappé. Ce que l'on a appelé le « fait de Lourdes » est, dans son ensemble, d'essence religieuse et suscite des réflexes plus ou moins conscients de sympathie ou d'hostilité dont il n'est pas facile de se départir. En fait, la plupart des auteurs qui ont parlé des guérisons de Lourdes n'ont pas su toujours distinguer la guérison elle-même de sa nature miraculeuse, que ce soit pour la nier ou pour en affirmer l'authenticité. La notion de miracle est une notion philosophique; seule la guérison peut être objet d'étude scientifique, particulièrement médicale.

La bonne foi avec laquelle nous avons essayé d'être impartial nous méritera peut-être l'indulgence pour un travail bien inférieur à la complexité et à l'ampleur du sujet, mais qui nous a passionné. Nous ne nous sommes pas mépris sur la délicatesse du problème ni illusionné sur la valeur de la contribution que nous pouvions apporter à son étude. Notre ambition serait satisfaite si ces quelques pages pouvaient susciter la curiosité à l'égard de faits qui méritent mieux que l'intérêt qui leur est porté en général.

Nous avons emprunté aux travaux et aux observations du Bureau des constatations médicales de Lourdes une grosse partie de notre documentation. Nous tenons à remercier le Docteur Vallet, son actuel président, de l'amabilité et de la bienveillance avec lesquelles il nous a toujours accueilli.

Avant d'aborder la carrière médicale, nous tenons à remercier tous nos Maîtres qui nous y ont préparé. Et particulièrement M. le Professeur Mauriac, auquel nous sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et des conseils qu'il nous a prodigués au cours de son élaboration. Il a été pour nous un Maître dans le sens le plus large et le plus élevé du terme. Qu'il veuille bien agréer ici l'expression de notre respectueuse admiration.

INTRODUCTION

« Il ne faut pas isoler certains phénomènes de l'ensemble, sinon ces fragments sont défigurés. »

(Bior, *Dialogues de Médecins*.)

En 1858, une jeune pastourelle de Lourdes, du nom de Bernadette Soubirous, eut, devant la grotte de Massabielle, de nombreuses apparitions. C'est au cours de l'une d'elles que l'enfant, grattant le sol, fit sourdre un mince filet d'eau, qui, grossissant rapidement, devint la source importante alimentant actuellement les piscines. Ces faits extraordinaires soulevèrent une grosse émotion, et Lourdes devint peu à peu un des centres les plus importants de la piété catholique. Dès le début, des malades vinrent implorer au lieu sacré leur guérison, que certains obtinrent. Depuis, le flot est de plus en plus dense des malades de toute sorte qui vont à Lourdes demander la délivrance de leurs maux.

Pris dans son ensemble, le fait de Lourdes mérite une attention spéciale des savants; chacun, suivant ses préoccupations particulières, y voit des problèmes différents. C'est au psychologue qu'il revient d'étudier l'état mental de Bernadette Soubirous et la nature psychique des prétendues apparitions; au géologue que se pose le problème de l'origine de la source; au sociologue qu'échoit l'interprétation des « foules de Lourdes ».

Mais c'est le médecin, et le médecin seul, qui peut chercher à éclaircir le problème des guérisons. C'est à cette étude que nous consacrons ce modeste travail.

HISTORIQUE

Les guérisons extraordinaires se multipliant, l'évêque de Lourdes, Mgr Laurence, désigna, le 28 juillet 1858, une Commission canonique pour les étudier. Cette Commission, basée sur la collaboration ecclésiastique et médicale, comptait le Professeur Vergez, les Docteurs Dozous et Bermond. De son travail, Vergez concluait que, à côté de guérisons dont le processus peut s'expliquer de façon naturelle et de guérisons dont le caractère est douteux, il est des cas « possédant pleinement et de manière évidente le caractère surnaturel ».

Les guérisons continuaient, et le récit en était publié à Lourdes, d'après les certificats très succincts des médecins particuliers et l'attestation de témoins racontant ce qu'ils avaient vu. On imagine facilement le peu de valeur scientifique de ces rapports.

C'est pour permettre des guérisons une étude plus objective, afin de répondre à ceux qui taxaient les faits de Lourdes de légendaires ou de frauduleux, qu'en 1882 le Docteur de Saint-Maclou fonda le Bureau des constatations, qui fonctionne actuellement sensiblement comme au moment de sa création.

Le Bureau des constatations a un Président fixe, lequel est aidé de tous les médecins qui, de passage à Lourdes, veulent bien examiner les malades se déclarant guéris et étudier les dossiers concernant leur cas. Le rôle du Président est de collationner les observations et de constituer des dossiers d'après lesquels, dans une séance ultérieure, après discussion,

il sera statué par un vote sur la possibilité d'une explication scientifique.

Les résultats, les comptes rendus des travaux du Bureau des constatations font l'objet des ouvrages de Boissarie, de Marchand, de Le Bec, de Vallet, et se trouvent actuellement consignés dans la *Revue médicale internationale de Lourdes*.

Le nombre des médecins fréquentant le Bureau des constatations, minime au début, augmenta rapidement. En 1936, par exemple, le B. C. M. voyait passer 705 médecins, dont 11 professeurs de Facultés ou Ecoles.

En 1928, 250 personnes se sont présentées au Bureau des Constatations, se déclarant améliorées ou guéries, parmi lesquelles 16 cas furent retenus en 1929 comme guérisons.

A titre documentaire, et sans préjuger aucunement de la nature et de la valeur de ces guérisons, nous relaterons que Bertrin a compté 3.803 guérisons jusqu'en 1910, et nous rapporterons les statistiques de Duret (de Lille) :

Tuberculose, 747 cas;

Appareil digestif, 583 cas;

Appareil circulatoire, 96 cas;

Maladies de la moelle, 137 cas;

Affections non tuberculeuses des os et des articulations,
320 cas;

Peau, 38 cas;

Tumeurs, 111 cas;

Plaies, 45 cas;

Cancers, 25 cas;

Rhumatismes, 168 cas;

Maladies générales et divers, 481 cas;

Maladies nerveuses (hystérie, épilepsie, etc.), 270 cas.

Il est certain que le Bureau des Constatations retient actuellement beaucoup moins de guérisons, et ceci peut donner l'impression que leur nombre a diminué. En réalité, le fait tient probablement à ce que d'une part on demande beaucoup plus de garanties d'authenticité qu'autrefois et que,

d'autre part, une connaissance plus précise de la nature de certaines affections permet mieux de distinguer celles qui sont purement fonctionnelles de celles qui sont nettement organiques et d'éliminer les premières.

Quelle a été devant les guérisons de Lourdes l'attitude du monde médical ? Nous avons vu que Vergez considérait comme inexplicable par les données de la science bon nombre de cas et admettait l'intervention d'une force surnaturelle. De nombreux médecins catholiques se sont ralliés à cette opinion.

La question passionne le public; on en discute dans la presse, une encyclopédie déclare que les événements de Lourdes relèvent de la police correctionnelle. Mais le monde savant semble les ignorer ou s'en désintéresser.

Cependant, en 1873, Diday, dans un ouvrage intitulé *Examen médical des Miracles de Lourdes*, affirme que ces pseudo-guérisons ne sont que des guérisons d'hystériques. Charcot, dans ses *Leçons sur l'hystérie*, expose quelques cas de guérisons subites de paralysies et de contractures hystériques et ajoute : « Il faut bien connaître la possibilité de ces guérisons, qui aujourd'hui encore font crier au miracle, mais dont les charlatans seuls se font gloire. » Il cite, à ce propos, les miracles du tombeau de Saint-Louis et les guérisons de Lourdes. Pitres, dans son *Traité de l'hystérie*, parle le même langage : « La grotte de Lourdes jouit aujourd'hui d'une grande réputation... quelques-uns y retrouvent la santé. Autant qu'il est possible d'en juger par les renseignements très incomplets publiés jusqu'ici, ce sont les paralysies hystériques qui fournissent les succès les plus éclatants. » Et Gilles de La Tourette écrit aussi : « C'est l'hystérie qui réalise les guérisons auxquelles on a appliqué la qualification de miraculeuses. »

Jusqu'en 1884, Charcot avait considéré l'hystérie comme susceptible de provoquer seulement des lésions fonctionnelles, mais à partir de cette date il admet qu'elle peut réa-

liser des lésions organiques, qui, elles aussi, sont curables par une suggestion appropriée. Et à ce moment, il devient banal d'expliquer par la suggestion toutes les guérisons de Lourdes, même celles dont l'organicité est indéniable (Bernheim). Charcot lui-même écrit, dans la *New Review* de Londres, un article sur « la Foi qui guérit », et documente Zola pour son livre sur Lourdes.

C'est encore à l'hystérie et à la suggestion que Terrien (1901) et Rouby (1913) font appel pour expliquer les guérisons de Lourdes.

Dans sa thèse de Lyon (1907), Gaud considère que beaucoup de guérisons sont des guérisons d'hystériques, mais que, d'autre part, il intervient des facteurs psychiques, en particulier l'influence de la foule en prière, qui peuvent accélérer la guérison des processus organiques et simuler une guérison instantanée. Vourch, dans un ouvrage intitulé *la Foi qui guérit* (1913), s'attache à montrer que cette interprétation est insuffisante.

Pourtant la thèse de Gaud est reprise par Vachet en 1925 dans son livre *Lourdes : les Mystères*. En 1931, Fiessinger, dans un article où il étudie le rôle du psychisme guérisseur, rapporte plusieurs cas de guérisons de Lourdes, qui, pour lui, démontrent ce rôle jusque-là trop négligé des forces psychologiques sur l'organisme.

En 1930, Monnier soutint, dans sa thèse de Paris, que seule une explication par une intervention surnaturelle était possible.

Dans son livre récent, *L'Homme, cet Inconnu*, Carrel, qui depuis 1902 s'est occupé des guérisons de Lourdes, y consacre quelques pages et conclut à l'existence de faits inexplicables par les données actuelles de la science.

Enfin Guarner vient de présenter à Alger sa thèse de doctorat sur *L'instantanéité des guérisons de Lourdes*.

PREMIÈRE PARTIE

LES FAITS

Nous allons rapporter quelques observations aussi probantes que possible, mais, auparavant, nous voudrions dire quelques mots des difficultés auxquelles on se heurte pour réunir des documents au-dessus de toute discussion. Ces difficultés, dont certains arguent pour déclarer ne pouvoir se faire une opinion, ne nous paraissent pas justifier leur indifférence ou leur dédain.

DIFFICULTES D'ETUDE ET CAUSES D'ERREURS

Pour étudier objectivement les faits, il nous faudrait avoir une observation médicale complète analogue à celles que l'on rédige tous les jours dans les hôpitaux. Mais si dans ces derniers cas l'observateur peut lui-même suivre l'évolution des phénomènes qu'il étudie, s'il les observe avec soin, les ayant en partie prévus ou les attendant avec curiosité, si l'évolution se produit en un certain laps de temps qui en permet l'analyse précise, il n'en est pas de même pour les faits que nous voulons étudier. Presque toujours, les témoins compétents avant et après la guérison ne sont pas les mêmes, ou bien les différents examens sont séparés par un espace de temps trop long alors que la guérison est censée s'effectuer instantanément, ce qui en est le caractère essentiel.

Plusieurs étapes se succèdent dans l'établissement d'une observation de guérison.

Examen du malade se déclarant guéri.

Un malade se présente au Bureau des Constatations, qui se dit subitement guéri. Le plus urgent est d'étudier l'état réel du sujet. Cet examen est pratiqué le plus souvent par plusieurs médecins, parmi lesquels de nombreux spécialistes. Ils s'attachent particulièrement à la recherche de la lésion dont le malade se disait porteur avant son pèlerinage. La négativité des signes est de constatation le plus souvent facile, ceux qui viennent à Lourdes demander leur guérison étant

des malades graves, porteurs de lésions importantes s'objectivant par des symptômes fonctionnels et organiques nets. Les résultats de cet examen, consignés par écrit, offrent donc des garanties incontestables d'authenticité. Mais il faut dire que les médecins du Bureau des Constatations doivent faire appel à tout leur scepticisme scientifique pour résister à l'enthousiasme ambiant des malades, de leur entourage, des pèlerins qui veulent avoir un miracle et qui demandent sa confirmation à la science.

Cet examen permet l'élimination immédiate des améliorations qui ne sont que subjectives, lesquelles sont fréquentes à Lourdes. Le choc psychologique, la volonté de guérir, la foi dans la guérison, peuvent donner momentanément l'impression intime d'un état de santé rétabli.

Il est seulement regrettable que le Bureau des Constatations n'ait à sa disposition ni des laboratoires de chimie et de bactériologie, ni une installation radiographique, qui permettraient de confirmer les tests cliniques de guérison. Mais il faudrait beaucoup d'argent pour payer le matériel et le personnel. On y supplée en faisant faire les examens par des spécialistes de la ville. Assez souvent pourtant, ces examens ne peuvent être pratiqués que plus tard.

On ne peut parler de guérison que si la disparition des signes tant fonctionnels que généraux et physiques est définitive. L'épreuve du temps est nécessaire, particulièrement dans les affections pouvant présenter des périodes d'amélioration plus ou moins brusques et de durée plus ou moins longue. Les rechutes que l'on a observées dans certains cas ont montré que l'affirmation de guérison avait été prématurée.

Certes, le B. C. M. ne considère une guérison comme certaine qu'après confirmation de l'état de santé un an au moins après l'amélioration subite. C'est un temps souvent suffisant; parfois il faudrait exiger un délai plus long et des malades perdus de vue peuvent être victimes de rechutes que le B. C. M. ignore. D'autre part, il faut bien distinguer de la

rechute, réapparition d'une affection demeurée latente pendant un certain temps, la récurrence, entité morbide de même nature que la première, mais d'invasion nouvelle. Distinction théoriquement facile, difficilement appréciable dans la pratique.

Etude de l'histoire de la maladie et de la guérison.

Il faut maintenant, à posteriori, établir que la maladie dont le sujet se déclare guéri existait réellement avant sa venue à Lourdes et définir de façon aussi précise que possible le laps de temps au cours duquel elle a dû se produire.

En principe, chaque malade est porteur d'un certificat, et actuellement très peu nombreux sont ceux qui n'en sont pas munis, mais il arrive que ce certificat soit relativement ancien et l'on pourra penser que la guérison s'est produite lentement dans des conditions tout à fait normales. La maladie a pu évoluer favorablement avant l'arrivée du malade à Lourdes, sans que celui-ci en ait ressenti les avantages; le choc psychologique qu'il reçoit à la grotte suffit à faire disparaître les malaises fonctionnels qui seuls subsistaient. Cette hypothèse peut être émise en particulier à propos des guérisons de quelques maux de Pott plâtrés depuis un certain temps.

Il se peut aussi qu'un certificat établi récemment corresponde à un examen déjà ancien. Beaucoup de malades venant à Lourdes sont atteints de maladies chroniques et d'infirmités très anciennes que le médecin traitant, les jugeant incurables, a pratiquement abandonnées.

Surtout le certificat est souvent insuffisamment détaillé et précis. Ceci ne doit pas être pour nous étonner : la guérison est imprévisible et ne se produit que dans un pourcentage de cas faible. On a remarqué qu'on la trouve surtout dans la classe pauvre et presque uniquement dans les maladies chroniques qui ne sont bien étudiées, avec examens de laboratoire à l'appui de l'étude clinique, et régulièrement suivies que dans les services hospitaliers. Il est très rare qu'un praticien garde des notes précisées sous forme d'observation.

C'est pourtant une observation aussi complète que possible qu'il faudrait posséder pour chaque malade, afin de pouvoir ultérieurement confirmer un diagnostic que l'évolution imprévue semble infirmer et rend suspect. Cette observation devrait comporter l'analyse détaillée des signes généraux, fonctionnels et physiques, des examens de laboratoire, rapporter l'évolution de la maladie et l'état exact au dernier examen, aussi rapproché que possible de la guérison.

L'idéal au point de vue scientifique serait que cet examen soit pratiqué systématiquement, à Lourdes, sur tous les malades venant en pèlerinage. Chose pratiquement impossible en raison de leur grande affluence et de leur court séjour. Plus réalisable serait sans doute l'examen de tous les malades faisant partie d'un pèlerinage, avant leur départ du diocèse d'origine, par une commission de médecins bénévoles disposant des moyens de laboratoire nécessaires. Réforme souhaitable, certes, mais difficilement praticable.

Si, en définitive, on est en possession d'une observation consignnant l'état du malade avant sa guérison et après, il faut rechercher ensuite si le diagnostic porté est absolument certain, le discuter et examiner la valeur des interprétations qui peuvent en être données en comparant l'évolution de la maladie avec le cours normal qu'on a l'habitude de lui voir suivre en clinique.

Avant d'entreprendre cette étude pour quelques cas particuliers, il nous faut répondre à une objection sur laquelle Janet a particulièrement insisté. C'est celle de la partialité des médecins qui examinent les malades, partialité tenant à leurs convictions religieuses. Il nous a été impossible d'avoir des observations personnelles, et nous n'avons pas eu l'occasion de suivre de malade avant et après sa guérison, mais nous nous fondons sur les observations de médecins compétents. Leurs convictions philosophiques n'ont rien à voir avec la constatation des faits qu'ils rapportent. S'il nous est permis à posteriori de discuter leur diagnostic et surtout leur interprétation de l'évolution qu'ils ont observée, nous

n'avons pas le droit de les soupçonner d'avoir inventé ou falsifié les faits. Ce serait là se placer en dehors des règles de la simple logique scientifique, et une telle attitude de principe rendrait impossible tout travail de synthèse utilisant les constatations d'observateurs différents.

De cette discussion, il ressort qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de réunir un dossier médical qui ne soit à l'abri d'aucune critique du point de vue scientifique. Plus la guérison est inattendue, plus on se montre difficile et exigeant, et on a raison.

Il faut bien se dire, d'ailleurs, que le scepticisme qui envahit le savant au sujet de faits réputés miraculeux est de même nature que celui qu'il éprouve en présence de n'importe quel résultat thérapeutique. Quand il s'agit de juger de l'action d'un médicament on se méfie, ou on devrait toujours se méfier, des coïncidences, de l'emballement.

En thérapeutique, il y a les médecins qui ont la foi; il y a ceux qui ne l'ont pas... Et pourtant il y a des médicaments qui guérissent.

II

QUELQUES OBSERVATIONS

La connaissance des difficultés que nous venons d'évoquer rapidement nous a guidé dans le choix des observations que nous rapportons. Deux cas, parmi ceux que nous citons, ont guéri en dehors de Lourdes — ce sont pourtant, nous le verrons, à proprement parler, des guérisons de Lourdes — et nous les avons choisis parce que les causes d'erreur que nous avons signalées ne peuvent pas ici entrer en ligne de compte. Quant aux autres cas rapportés, ils sont, croyons-nous, d'observation facile, et nous les considérons comme probants.

Dans le *Bulletin de l'Association médicale de Lourdes*, d'où ces observations sont tirées (quelques précisions ont été demandées par nous aux médecins traitants pour les compléter), on trouvera d'autres cas aussi caractéristiques, mais nous aurions dépassé le cadre de ce travail en multipliant les faits.

Il faut bien le dire, pourtant, certaines guérisons reconnues par le Bureau des Constatations ne peuvent être étudiées que sur des documents nous paraissant insuffisants, et nous les considérons comme entrant dans le cadre des cas douteux dont parlait Vergez.

OBSERVATION I.

M... (Paulette), 22 ans.

On retrouve dans ses antécédents des épisodes pathologiques nombreux. C'est une pauvre enfant du peuple, ayant manqué dès son jeune âge des soins alimentaires et de l'hygiène qu'aurait nécessité son état maladif.

Quelques mois après sa naissance, entérite grave, traînée pendant trois ans, puis rougeole, coqueluche, bronchite, conjonctivite.

A 5 ans, typhoïde, suivie d'entérite de longue durée. A 7 ans, douleur vertébrale, repos complet. Trois mois plus tard, consultation, où il est parlé de coxalgie gauche à immobiliser dans un plâtre, ce qui n'est pas fait.

Elle entre en 1924 à l'Hôpital d'Aix pour entérite. Elle y est soignée pendant plusieurs mois, et son état général s'améliore, ce qui permet de l'opérer d'une hernie inguinale le 24 juin 1925. Deux mois de convalescence, puis neuf mois au préventorium de la Rose à Marseille, jusqu'en avril 1926. Après quelques mois de travail, nouvelle crise d'entérite, nécessitant son entrée à l'Hôpital d'Aix. Pendant son séjour, douleurs violentes dans la colonne vertébrale, la radiographie confirme le diagnostic de mal de Pott dorsal, qu'on immobilise dans le plâtre. Après six mois de séjour, convalescence au préventorium de la Rose; ablation du plâtre, héliothérapie et pointes de feu. Le 1^{er} avril 1928 entre à nouveau à l'Hôpital d'Aix pour une nouvelle crise d'entérite.

Travaille quelques semaines dans un ouvroir et revient à l'Hôpital d'Aix le 29 mai pour douleur dans le genou droit, très œdématié. Elle y reste jusqu'au 8 novembre, époque à laquelle elle est admise à la Fondation Santa-Maria à Cannes.

Tous ces accidents avaient été étiquetés bacillaires, quoiqu'on n'en ait jamais eu la confirmation bactériologique, ni anatomo-pathologique. Son médecin traitant considérait la jeune fille comme destinée à « une existence plus ou moins longue de malade avec alternances d'améliorations de plus en plus problématiques et d'aggravations de plus en plus pénibles ».

L'enfant avait d'ailleurs perdu une sœur de méningite et un frère en bas âge d'affection non désignée.

Après amélioration de son état général, elle peut faire en mars et avril 1929 un séjour de quelques semaines à Calliau (Var).

En mai-juin, de retour à Cannes, elle fait une bronchite double, avec haute température, localisation particulière aux deux sommets, faisant craindre une atteinte bacillaire. Analyse de crachats négative; la radiographie ne décèle pas de lésion pulmonaire.

C'est au début de juillet 1929 que se présente l'épisode qui nous intéresse particulièrement.

Le 3 juillet, elle est prise brusquement de céphalée occipitale violente lui arrachant des cris et frissons. Elle est examinée quelques heures plus tard par MM. Pascal, Bertrand, Castelnau, lequel note : « Kernig très intense, nausées, trépidation épileptoïde, pupille contractée, photophobie intense, pouls rapide; température, 38° 8; ni strabisme, ni coma. » Le diagnostic de réaction méningée est porté, une ponction lombaire est faite, le liquide céphalo-rachidien, hypertendu, examiné par le Docteur Maubert, ancien élève de l'Institut Pasteur de Paris, docteur ès sciences, qui consigne les résultats de l'analyse :

» Caractères physiques : liquide incolore, limpide, pas de dépôt.

» Cytologie qualitative et quantitative : 150 éléments par millimètre cube. Lymphocytes.

» Chimie : glucose, 0,69; albumine, 0 g. 40.

» Bactériologie : au Gram, absence de microbes, culture négative. Par coloration au Ziehl du dépôt longuement centrifugé, présence de bacilles de Koch, du type moyen homogène. On a compté 5 bacilles dans toute la préparation.

» En résumé, lymphocytose forte, albuminose moyenne, légère hyperglycorachie, présence de bacilles de Koch typiques. »

Depuis le 25 juin, elle avait présenté une poussée d'entérite et s'était plainte de douleurs dorsales.

La maladie évolue normalement sans amélioration d'aucune sorte; la ponction lombaire n'est pas renouvelée; elle n'a comme traitement que de la glace sur le ventre et des vaporisations de synthol sur le crâne, le front, la nuque et le long de la colonne vertébrale. Le 25 juillet, devant l'état de la malade, on lui donne l'Extrême-Onction. Le 26 juillet, elle est examinée par les Docteurs Pascal, Cœurderoy, Bertrand et Maubert, qui n'ont plus aucun espoir de guérison. M. Cœurderoy précise qu'elle était à l'agonie.

Le 27 juillet, vers midi, crise douloureuse et longue de phénomènes d'excitation. Morphine. L'après-midi, la jeune fille reste sans connaissance, elle n'y voit plus. La nuit, vers 23 heures, il semble que ce soit la fin. Visage livide, yeux fixes, quelques

rales s'échappent de la poitrine (constatations des sœurs infirmières). Les sœurs présentes disent les prières des agonisants, la sœur infirmière prend alors un petit flacon d'eau de la grotte de Lourdes et en laisse couler quelques gouttes dans la bouche de la mourante. Celle-ci se relève, secoue la tête, ses membres sont agités de mouvements convulsifs. Elle va jusqu'à une statue de la Vierge de Lourdes, qu'elle embrasse, se recouche tranquillement, boit un peu d'eau de la Grotte et déclare qu'elle a faim. Elle boit un bol de lait et mange des biscuits.

Le lendemain, 28 juillet, elle s'habille seule, va à la messe de 7 heures et reprend la vie commune. Pas de fièvre.

Elle est examinée le 1^{er} août par MM. Castelnau et Bertrand, qui déclarent la malade en parfaite santé et notent seulement des réflexes rotuliens un peu vifs et une légère dilatation des pupilles, qui se contractent à la lumière.

Le 3 août, elle est revue par le Docteur Pascal, qui trouve des réflexes rotuliens normaux et ne constate plus aucun signe pathologique.

Le 5 août, une ponction lombaire est faite par MM. Cœurderoy et Védrenne, qui retirent un liquide céphalo-rachidien clair, non hypertendu, dont l'examen est pratiqué par M. Maubert.

« Caractères physiques : liquide parfaitement limpide, incolore, dépôt nul.

» Cytologie : moins de 4 élément par millimètre carré.

» Nature des éléments : lympho.

» Chimie : albumine, 0,10; glucose, 0,53.

» Bactériologie : au Gram, flore nulle; recherche du bacille de Koch au Ziehl, résultat négatif. Recherche effectuée sur la totalité du dépôt de centrifugation. »

Le 21 août, Paulette M... vient à Lourdes et est examinée au Bureau des constatations. On note : apparence de bonne santé, mobilités active et passive normales, psychisme normal, réflexes tendineux vifs, épreuves de Gordon, Oppenheim, Babinski, négatives.

Pas de trépidation épileptoïde, pas de clonus de la rotule. Réflexes bicipital, pronateur, assez vifs. Pupilles en légère mydriase

réagissant normalement. Pas de nystagmus, convergence et accommodation normales. Auscultation pulmonaire normale, sans bruit surajouté. Mobilité de la nuque normale, pas de point douloureux à la percussion forte et pas de contracture des muscles des gouttières.

Poids : 48 kg. 500 (augmentation de 5 kg. 500 depuis le 28 juillet).

Le 11 septembre, M. Pascal confirme l'état de santé de plus en plus florissant et l'augmentation de poids de 6 kilos depuis le 28 juillet.

Nouvel examen au Bureau des constatations le 22 août 1930, ne révélant rien de pathologique.

Son état de santé était tel qu'elle a pu reprendre une vie très pénible jusqu'au moment où, quatre ans plus tard, elle mourait d'affection aiguë non tuberculeuse.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse porté par les médecins traitants nous semble indiscutable.

Les antécédents personnels, riches en épisodes pathologiques portant le caractère bacillaire, entérite, ostéite vertébrale, arthrite du genou et de la hanche, bronchite double, ainsi que les antécédents collatéraux, la font soupçonner de bacillose, quoique les épreuves de laboratoire n'aient pas confirmé le diagnostic clinique. Le pronostic très défavorable porté par le médecin traitant avant l'atteinte méningée nous paraît tout à fait justifié.

L'éclosion de la méningite n'est, dans ces conditions, pas surprenante. Son authenticité nous est affirmée tant par les signes cliniques fonctionnels, généraux et physiques impossibles à simuler et d'observation facile que par les réactions de laboratoire qui ne font que les confirmer. La présence des lymphocytes caractérise bien l'inflammation méningée et celle des bacilles de Koch typiques, reconnue par un bactériologiste compétent, précise la nature tuberculeuse de l'incident et impose le pronostic que comporte un tel diagnostic.

Classiquement, l'évolution de la méningite tuberculeuse est toujours fatale. Pourtant, la littérature rapporte quelques

cas de méningites tuberculeuses confirmées par le laboratoire et ayant évolué vers la guérison (Jousset, Paisseau et Lacquerrière, etc.).

Pouvons-nous supposer que la méningite de Paulette M... est un de ces cas excessivement rares ? L'inoculation au cobaye, la culture des germes trouvés, ont montré que dans ces épisodes curables l'affection était due à des germes de virulence amoindrie. Le problème reste ouvert quant à la nature de ces B. K. authentiques.

Dans le cas qui nous intéresse, l'inoculation n'a pas été faite, qui aurait pu nous donner quelques renseignements.

Mais ce qui permet de considérer comme absolument remarquable la guérison de Paulette M..., c'est plus le processus de la guérison que son existence même.

En effet, dans tous les cas relatés, la guérison pouvait être à l'avance soupçonnée par la bénignité relative des symptômes généraux et physiques ou leur peu de durée, par leur irrégularité, par l'évolution progressive vers la guérison au bout de quelque temps, cette guérison n'étant complète qu'après plusieurs jours et n'étant presque jamais définitive. Dans le cas de Paulette M..., tout, au contraire, le jour même de la guérison, laissait prévoir une issue fatale. La longueur de l'évolution, l'aggravation progressive des symptômes aboutissant au coma, justifiaient l'opinion des quatre médecins qui considéraient la malade comme perdue; or, la rapidité de la guérison était telle que la malade, qui, quelques heures auparavant, rejetait tout aliment, mangeait à 11 heures du soir, le lendemain se levait, assistait à la messe, vaquait à ses occupations.

Si on soupçonne — hypothèse bien peu soutenable — que la présence de B. K. est le fruit d'une erreur de technique ou d'interprétation, dans l'examen du liquide céphalo-rachidien, quoique le compte rendu parle de B. K. typiques, il faut se résoudre au diagnostic de méningite lymphocytaire bénigne, dont la guérison est normale. Si la légèreté relative de l'albuminose était cette présomption, la gravité, la lon-

gueur de l'évolution, en font rejeter l'hypothèse. De toutes façons, la guérison de la méningite lymphocytaire bénigne comme celle de la méningite tuberculeuse curable est lente et progressive.

OBSERVATION II.

(D'après GÉNILLON.)

Le 20 février 1928, le docteur Génillon, de Fismes (Marne), est appelé pour donner ses soins à l'enfant C... (Gilbert), âgé de 3 ans, soigné depuis huit jours par un autre médecin pour broncho-pneumonie. Ce dernier avait fini par refuser ses soins et abandonné son malade, jugeant l'issue fatale, étant donné la gravité de l'affection et les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivait toute la famille.

Le Docteur Génillon, dès la première visite, jugea de la gravité de la situation : enfant inerte, livide et prostré, le visage et les membres couverts de sueurs profuses. La température, prise par lui-même, atteignait 40°. Le teint pâle et cyanosé, les lèvres violacées, stertor; l'enfant est en résolution musculaire et asthénie complète. Battements des ailes du nez, vomissements incessants à la moindre prise de liquide, même de l'eau glacée; toux petite, sèche et quinteuse. Anorexie totale, amaigrissement considérable avec délire et troubles nerveux.

A la percussion, matité quasi totale des deux poumons, en avant comme en arrière, égophonie, abolition presque complète des vibrations vocales.

A l'auscultation, râles très nombreux dans toute l'étendue des champs pulmonaires, râles muqueux, crépitants, fins et sous-crépitaux, généralisés avec retentissement bronchique; un souffle médiastinal supérieur. Constipation opiniâtre et urines rares.

Cœur très rapide, arythmique, défaillant, pouls presque incompressible.

Etat général angoissant.

Le jour même, lavage rectal sans résultat et institution du régime classique : bains et enveloppements froids toutes les deux heures,

vaccin antipneumonique de Minet, électargol intramusculaire, limonade lactosée, caféine, théobrominè, scille, potion de Todd, aconit, belladone, digitale, inhalations continues d'oxygène avec un tube industriel de 3.000 l., sérum artificiel, huile camphrée, adrénaline et cholestérine pour soutenir le cœur défaillant. La température ne baisse pas entre le 20 et le 29 février et reste à 40°.

Le 1^{er} mars, le Docteur Génillon est appelé en toute hâte auprès de l'enfant, qui asphyxie de plus en plus. La température est de 41° à 10 heures du soir, le pouls excessivement rapide, la toux incessante et très pénible, les sueurs abondantes, cyanose avec asphyxie, vomissements incessants, expectorations spumeuses. Les râles font une véritable tempête, les bains sont impuissants contre la fièvre. Des ventouses scarifiées calment un peu le malade, mais les symptômes reprennent de plus belle pendant que l'inanition se manifeste plus profonde. La situation reste sans changement jusqu'au 11 mars.

Ce jour, à 7 heures du soir, le Docteur Génillon quitte son malade en déclarant aux parents que l'enfant n'avait que quelques heures à vivre.

C'est sous l'influence de sa famille que le soir même le Docteur Génillon retourne voir son petit malade, emportant un petit flacon d'eau de la grotte de Lourdes.

Il retrouve l'enfant absolument mourant. La température prise par lui-même est à 41°, le pouls filant, le teint décoloré, la respiration à peine perceptible, l'insensibilité presque absolue. Les vomissements remontent à la dernière prise de champagne glacé.

Sans dire aux parents ce que contient son flacon, il fait avaler péniblement à l'enfant une cuillerée de sa prétendue potion, préparée par lui-même et sans étiquette. L'enfant avale le tiers de la bouteille, qu'il conserve admirablement.

C'est alors qu'à sa grande stupeur le Docteur Génillon constate une amélioration brusque de l'état général, une détente progressive des traits auparavant convulsés, une sédation extraordinaire de tous les symptômes, l'enfant reposant dans son lit avec toutes les

apparences d'un sommeil normal et tranquille. La température rectale est alors de 37° 8. Le petit malade se réveille et demande à boire, mais de l'eau de Lourdes, refusant toute autre boisson.

Rentré chez lui, le médecin est rappelé dans la nuit par téléphone, prié de rapporter une nouvelle potion, la première étant totalement épuisée.

Le lendemain matin, de très bonne heure, M. Génillon examine l'enfant, qui, assis sur son lit, buvait une grande tasse de lait. Plus de température, plus aucun signe pulmonaire ni aucun symptôme général. L'enfant demandait une nourriture plus substantielle.

L'enfant a été revu à plusieurs reprises par le Docteur Génillon, qui a constaté la reprise totale de l'organisme de l'enfant, lequel, cinq ans après, jouissait d'une parfaite santé.

L'observation est presque entièrement extraite du rapport du docteur Génillon, qui, ayant été le seul témoin de cette guérison, a fait le serment qu'elle était parfaitement exacte.

Nous pensons avec lui que l'enfant Gilbert C., était atteint de bronchopneumonie. La durée de la maladie, l'importance prédominante des signes fonctionnels, la diffusion et l'extension des signes physiques, d'auscultation en particulier, l'absence de bloc d'hépatisation nettement défini, nous font éliminer le diagnostic de pneumonie. La gravité de l'affection, et particulièrement l'importance des troubles fonctionnels, ruinent l'hypothèse d'une simple bronchite diffuse.

Quel était le pronostic à porter ? Celui du confrère du docteur Génillon semblait justifié par l'évolution progressive vers une issue fatale que ce dernier devait observer malgré sa thérapeutique énergique. Le tableau clinique présenté par l'enfant est bien celui d'une bronchopneumonie évoluant vers la mort.

Quand la bronchopneumonie guérit, cette évolution, à l'inverse de celle de la pneumonie est lente. Les symptômes fonctionnels et généraux s'amendent progressivement. La température tombe jusqu'à la normale au bout d'un temps variable, la convalescence peut être très longue.

Une thérapeutique active* peut accélérer la guérison. Dans le cas qui nous intéresse, le traitement énergiquement mené par le Docteur Génillon n'a nullement enrayé l'évolution progressive du processus pathologique.

Même dans ces cas, d'ailleurs, où le traitement mis en jeu mène à la guérison, celle-ci n'est obtenue qu'au bout de quelques jours. Dans la thèse de Beaufile (Paris, 1926), qui a réuni des cas de guérisons de bronchopneumonie particulièrement remarquables, le minimum de temps pour que la disparition des signes généraux, fonctionnels et physiques soit complète est de quatre jours.

Or, ici, nous avons une guérison survenant, contre toute prévision, en un laps de temps que nous pouvons évaluer au maximum à une demi-heure et tellement complète qu'elle permettait le lendemain l'alimentation de l'enfant et sa sortie du lit. Fait que nous ne pouvons considérer que comme absolument extraordinaire.

.OBSERVATION III.

(D'après M. MULLER.)

G... (Alice), née le 16 décembre 1909, à Molsheim (Bas-Rhin).

Dans ses antécédents, on retrouve la bacillose : mère morte à 36 ans de tuberculose pulmonaire; sœur morte à 20 ans, de tuberculose pulmonaire également. Elle-même était toujours malade, à ce que nous dit le Docteur Muller, très fragile, n'ayant jamais pu travailler pour gagner sa vie.

En 1923, elle commence à tousser* avec poussées de température, chloro-anémie, périodes irrégulières et douloureuses. De 1924 à 1925, fréquentes hémoptysies. Début 1925, douleur et empâtement dans la fosse iliaque droite faisant penser à une annexite de nature probablement tuberculeuse.

En décembre 1926, crise d'appendicite nécessitant le 17 une intervention chirurgicale pratiquée à la clinique des Assurances sociales de Strasbourg par le Docteur Bauer. Constatation opératoire de l'annexite bacillaire.

Deux jours après sa rentrée chez elle, fin janvier 1927, la cicatrice opératoire s'ouvre et ne se refermera plus qu'à Lourdes en 1932.

Pour cette plaie fistulisée qui donne toujours, elle fera de nouveau un séjour de cinq semaines à la même clinique de Strasbourg, du 14 au 18 juillet 1929, et la cicatrice, qui semble se refermer, se rouvrira six jours après son retour chez elle.

Entre temps, elle fait chez elle, en 1928, une pleurésie sèche droite avec quelques râles disséminés et petites hémoptysies fréquentes, ce qui lui vaut, en 1929, un séjour au Sanatorium de Charleville, du 14 septembre au 18 octobre.

Légère amélioration de l'état général, la fistule ne guérit toujours pas.

Au cours de l'année 1930, l'annexite droite se généralise au côté gauche, et la malade est obligée de garder presque continuellement le lit.

Alice G... s'affaiblit lentement, ne s'alimente presque plus. Elle tousse constamment, sueurs nocturnes, hémoptysies, vomissements, douleurs dans le bas-ventre. Température de 37° 5 à 38° 5 rectale. Amaigrissement considérable.

Radiologiquement, on découvre l'existence d'un « processus fibro-productif stabilisé ».

Elle part de Strasbourg pour venir à Lourdes le 14 septembre 1932, avec le diagnostic suivant du Docteur Muller :

« 1° Plaie dans la cicatrice opératoire d'appendicectomie faite en 1926 : largeur, 1 centimètre; longueur, 4 centimètres; forte suppuration.

» 2° Annexite bilatérale tuberculeuse.

» Affection pulmonaire chronique, début de tuberculose, hémoptysies fréquentes, mais peu abondantes, submatité des deux sommets, râles disséminés, poussées de fièvre. »

Au cours du voyage, elle est vue par le Docteur Schneider, de Herrlisheim, qui certifie que « Mlle Alice G... se plaignait pendant tout le trajet de douleurs dans le bas-ventre, ne pouvait pas marcher et présentait une plaie dans la région de l'appendice d'environ

3 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur, en pleine suppuration ».

Premier bain complet le 19 septembre et sédation de tous les symptômes. Le lendemain, 20 septembre, après un bain l'après-midi, la fistule est fermée, les douleurs abdominales ont disparu. La malade marche sans grande fatigue.

Le 21 septembre, elle est présentée au Bureau des Constatations par le Docteur Schneider, qui certifie que, depuis la veille, la plaie est fermée, le bas-ventre est tout à fait souple, la cicatrice non adhérente et bien consolidée.

Les médecins du B. C. M. font les constatations suivantes :

1° Au niveau de l'ancienne cicatrice opératoire, on voit encore une zone rouge indiquant que les jours précédents il y avait bien là de l'irritation.

Il n'existe aucun orifice, ni même de croûte. La cicatrisation récente est luisante. Aucune sérosité, tout est parfaitement sec. Cicatrice souple et mobile par rapport aux plans profonds. Paroi abdominale solide, un peu d'éventration.

Palpation de la fosse iliaque : indolore et sans induration.

2° Examen pulmonaire : percussion : à droite, submatité au tiers moyen et au sommet, les vibrations sont un peu augmentées à ce niveau. Au gauche, rien à signaler.

Auscultation : à droite, diminution du murmure vésiculaire, pas de râle, expiration prolongée, pas de bruits surajoutés. A gauche, rien à signaler.

Température anale, 37°; poids, 42 kg. 400; taille, 1 m. 60. Personne amaigrie, sortant manifestement de maladie.

Elle est reveue à son retour par le Docteur Muller, qui note la disparition de l'empâtement et de la douleur, la réapparition des règles, amélioration rapide de l'état général (reprise de poids de 5 kilos en un mois).

Un examen radiologique est pratiqué par M. Gunsett, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, qui note le 14 octobre : « Poumons : sommets libres, aucune infiltration nulle part. Quelques anciennes calcifications dans les hiles. Diaphragme très mobile. Aucune trace de pleurite. Sinus costo-diaphragmatiques libres. »

Le Docteur Muller nous a écrit récemment que depuis Alice G... n'avait présenté aucun symptôme de l'ancienne affection, qu'elle a une vie active : elle est femme de ménage et gagne sa vie sans fatigue.

Le tableau clinique est nettement celui d'une tuberculose généralisée. Bien que nous n'ayons pas d'examen bactériologique confirmant le diagnostic du Docteur Muller, nous ne pouvons cliniquement en douter : les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels de la petite malade, les constatations chirurgicales de l'appendicectomie, le tableau de cette affection pulmonaire avec fièvre, sueurs nocturnes, hémoptysies, pleurésie, amaigrissement, confirmé par la radioscopie, la persistance pendant six ans de cette suppuration abdominale, ne permettent aucune hésitation.

Ce que nous relevons particulièrement, c'est l'arrêt brutal et définitif de cette suppuration abondante, datant de six ans, d'une plaie de 4 centimètres sur 1 centimètre, sur un terrain profondément infecté, avec un état général grave. C'est entre le 19 septembre, jour du premier bain, et le 20 septembre, que la suppuration constatée au cours du voyage a dû s'arrêter et que la cicatrisation s'est opérée, en même temps que disparaissent les symptômes généraux et fonctionnels de l'affection pulmonaire tuberculeuse.

N'insistant pas sur cette amélioration pulmonaire analogue à celle que nous constaterons chez Louise J... (obs. IV), nous devons surtout remarquer la rapidité de la cicatrisation que nous ne trouvons jamais en clinique, même si l'état général est satisfaisant, ce qui n'était pas le cas d'Alice G...

Il faut noter la persistance de cette guérison, qui n'est pas une simple amélioration passagère comme celle observée auparavant.

OBSERVATION IV.

J... (Louise), née à Paris le 1^{er} novembre 1914. Père mort en 1931 de séquelles de blessures de guerre. Mère morte en novembre 1932 de tuberculose pulmonaire. Cinq frères, dont quatre morts de tuber-

culose dans l'espace d'un an. Le cinquième, disparu dans le naufrage d'un sous-marin.

Dans ses antécédents personnels, on ne retrouve rien jusqu'à l'âge de 13 ans. Régérée normalement à cet âge.

9 novembre 1927, appendicectomie d'urgence à l'Hôpital Saint-Louis. Drainage et fistule consécutive ne guérissant qu'au cours d'un séjour au Sanatorium du Soleil, à Hendaye, où elle restera de février à août 1928.

Après un second passage à Hendaye, au début de 1930, elle est admise à l'Hôpital de la Pitié au mois d'août, y séjourne dix-sept mois, passant dans les services de chirurgie (P^r Oberlin) et de médecine (P^r Labbé).

Elle subit quatre interventions pour troubles intestinaux à allure occlusive consistant en crises de coliques douloureuses siégeant surtout à gauche, avec tension intermittente de l'abdomen et quelques vomissements alimentaires.

1° Etablissement d'une fistule cæcale (10 décembre 1930).

2° 26 décembre 1930 : volvulus subaigu du sigmoïde, suite de mégacolon congénital, résection de l'anse, suture bout à bout, aponevroses et peau fermées au-dessus de l'anse suturée. Auparavant, le reste de l'abdomen est vérifié et trouvé normal.

Réouverture de la fistule cæcale, formation d'une fistule au niveau de l'anse suturée. Alternatives d'ouverture et de fermeture des deux fistules droite et gauche.

3° 16 mars 1931 : Laparotomie médiane, libération de l'anse suturée, paroi refermée.

4° 21 novembre 1931 : fermeture de la fistule cæcale, la malade sortait de l'hôpital en décembre 1931.

Entre temps, en mars 1931, congestion pulmonaire, pleurésie gauche, ponctionnée trois fois.

Séjour au Préventorium de Beaumesnil jusqu'au 30 juin 1932. Pendant ce séjour, vomissements fréquents.

18 juillet 1932, entrée au Préventorium de Minoret, perte de poids de 6 kilos, nécessité d'un régime. Au cours de ce séjour, premier pèlerinage à Lourdes, en avril 1933, suivi d'une légère amélioration.

9 août 1932, sortie du préventorium, admise à la pension de l'Orphelinat des Sœurs de Nevers à Versailles. Santé précaire. Ultra-violets sur l'abdomen toujours douloureux.

Octobre 1935, elle commence ses études d'infirmière à l'Hôpital du Bon-Secours, mais devant une toux persistante et un examen de crachats positif, elle abandonne ses études au bout de trois semaines pour être hospitalisée dans l'établissement même. Sels d'or.

En avril 1936, vomissements, constipation, température, ictère pendant trois semaines.

Le 16 juin 1936, en convalescence au Sanatorium d'Ozoir-la-Ferrière, aggravation de l'état intestinal, température montant jusqu'à 40°, vomissements, diarrhées, crachats abondants.

Le diagnostic hésite entre cholécystite et péritonite bacillaire à localisation sous-hépatique.

Le 3 août 1936, entre à l'Hôpital Cochin. Tubage. Laparotomie le 3 octobre. Un prélèvement aurait montré qu'il s'agissait de péritonite tuberculeuse. Séances d'ultra-violets. Apparition d'une ascite qui aurait donné 8 ou 9 litres de liquide. Antigène méthylique, transfusion de sang, amélioration.

Puis, reprise des troubles digestifs, constipation, vomissements. En novembre, congestion pulmonaire; température, 39°-39° 5. Vers la mi-janvier, toute alimentation solide devient impossible.

22 janvier, transfert à l'Hôpital Laënnec, service du Professeur Besançon. Examens des crachats et de selles positifs à son entrée. Sérum, huile camphrée, morphine, lait, champagne. Jusqu'à son départ pour Lourdes, le 28 mars, la température a augmenté irrégulièrement, jusqu'à 40°. Des bacilles de Koch ont été trouvés dans les crachats le 29 janvier, le 4 et le 5 février (homogénéisation, 6 par champ), le 26 février (15 par champ), le 11 mars, le 26 mars.

Des injections quotidiennes de sérum sont faites. 500 grammes jusqu'au 23 février, 1.000 grammes à partir de ce jour. Caféine. Huile camphrée.

La radio ne montre aucune modification appréciable de la transparence pulmonaire.

Le certificat d'admission au pèlerinage datant du 13 janvier

porte : « Intolérance digestive à peu près complète, due à une péritonite bacillaire, forme occlusive et déjà ancienne, état pulmonaire par ailleurs satisfaisant, mais l'état entéro-péritonéal rend le pronostic d'ensemble très sombre. »

Plusieurs hémoptysies graves dans les jours qui précèdent son départ. Le 28 mars 1937, départ pour Lourdes. Dans le train, hémoptysie, ergotine et morphine.

Le 29 mars, dyspnée, étouffement, déficience cardiaque, deux hémoptysies.

30 et 31 mars, trois hémoptysies chaque jour, constatées.

La première partie de la nuit du 31 mars au 1^{er} avril est très agitée, mais la deuxième partie est calme, et le matin la jeune fille affirme qu'elle est parfaitement reposée. Elle s'alimente de façon substantielle, sans vomissement consécutif, la température, prise à 17 heures, est de 36° 9; pas de douleurs. Le soir, alimentation normale, nuit bonne, selles spontanées.

Le 2 avril, persistance de l'euphorie, appétit; 36° 9.

Le 3 avril, le matin, elle se présente au B. C. M. après une nuit excellente; température, 37°; arrêt des hémoptysies. A la percussion, très légère submatité à droite. A l'auscultation, légère diminution du murmure vésiculaire. Abdomen souple, pas d'ascite. Nombreuses cicatrices opératoires. Cœur normal. Poids, 42 kg. 300.

Repartie le soir même de Lourdes, elle est à l'Hôpital Laënnec le lendemain. La bacilloscopie est négative à l'examen direct et à l'homogénéisation, dans les selles et les crachats. Température rectale : 37° à 8 heures et 37° 5 à 17 heures. Etat général satisfaisant.

Cette guérison s'est maintenue, puisque la malade a repris plus de 6 kilos en trois semaines, a travaillé régulièrement comme manutentionnaire dans une imprimerie. Des examens ont été pratiqués à nouveau dans les crachats et dans les selles et sont restés négatifs.

Les images radiologiques du 23 juillet 1937, du 6 décembre 1937 et du 26 mars 1938 n'ont montré l'existence d'aucune lésion pulmonaire.

Le tableau clinique présenté par Louise J... ne laisse place à aucun doute. Ses antécédents héréditaires et ses antécédents personnels font soupçonner à juste titre la bacillose. Cette bacillose est confirmée par les examens de crachats et de selles répétés. L'état général s'aggrave progressivement. Nous n'avons pu obtenir de précision sur les signes physiques d'auscultation de Louise J..., mais nous considérons que les signes généraux et fonctionnels sont suffisants pour établir un pronostic à peu près fatal ou tout au moins très réservé. La disparition brusque de tous ces signes était le témoignage non d'une amélioration passagère, qui aurait été bien paradoxale d'ailleurs, mais d'une guérison que confirmait le temps.

OBSERVATION V.

(D'après le Docteur QUARTIER, mari de l'intéressée.)

Le Docteur Quartier s'est aperçu, peu après son mariage, de l'existence chez sa femme d'une sténose mitrale congénitale que celle-ci ignorait. Cette sténose ne se manifestait par aucun autre trouble que l'inaptitude aux efforts physiques survenue il y a six ans.

C'est en septembre 1936 que débutent les accidents angineux qui amèneront la malade à Lourdes. A cette époque, dans la nuit, Mme Quartier (âgée de 42 ans), se sentant fortement oppressée, doit s'asseoir sur son lit et ne peut dormir de la nuit. « Les autres nuits furent meilleures, mais certaine oppression pour la marche et pour monter les escaliers persistait. Vers la mi-octobre, ma femme remarque que l'oppression s'accroît. Elle ne peut plus se coucher sur le côté gauche, doit même prendre deux oreillers. Fin octobre, brusquement, à 2 heures du matin, en plein sommeil, elle étouffe, sent comme un lasso qu'on serre de plus en plus autour de son cœur; en même temps, elle éprouve dans l'épaule et le bras gauche des fourmillements. Elle est obligée de s'asseoir, demande de l'air, est en proie à une angoisse précordiale brutale, atroce, l'immobilisant et lui donnant l'impression de mort imminente.

» Clouée au lit, immobile, craignant le mouvement, elle supporte

ainsi les crises, qui se reproduisent 3 ou 4 fois par semaine, et qui durent de plus en plus longtemps, les premières quelques instants, les dernières atteignant quarante minutes.

» Quelquefois, le cœur flanche, et, sans la trinitrine caféinée et les ampoules de nitrite d'amyle, ce serait la syncope fatale. »

Parfois aussi des irradiations se portent même dans le membre inférieur gauche. De durée variable, la crise se termine par des sueurs profuses et fort chaudes chez cette personne qui transpire fort peu. La température prise aussitôt après la crise s'élève à 39° 6, 39° 8 et même 40° 3. Le pouls est difficile à compter, misérable, régulier cependant.

En décembre, consultation du Professeur Lian, qui diagnostique une angine de poitrine par athérome coronarien. Le diagnostic est confirmé le 31 décembre 1936 par un électrocardiogramme : « Son aspect en dérivation 3 présente ce que j'ai décrit sous le nom d'isodiphasisme de Q. R. III. Cet aspect est caractéristique de l'athérome coronarien. Cela confirme donc bien le diagnostic clinique. » (Prof. Lian.)

Le traitement consiste dans les injections intraveineuses de cortiote et des gouttes d'iodaseptine. Suivi très exactement, il semble donner une légère amélioration, malheureusement de courte durée.

« Les crises devinrent de plus en plus nombreuses, de plus en plus longues; nous nous décidons à partir pour Lourdes. Nous partons le 14 juillet 1937 au soir. La veille, au départ, ma femme dit devant moi à notre curé : « Je n'irai pas aux piscines, c'est » de la mise en scène, j'ai confiance en la Sainte-Vierge, mais à » la Procession du Saint-Sacrement. » Dans le train qui nous emmène, une dernière crise le 15, à 2 heures du matin, à l'occasion de laquelle la malade absorbe trois dragées de trinitrine caféinée. L'après-midi, après avoir résisté longtemps aux conseils de son entourage, ma femme se décide à se laisser tremper dans la piscine. Là, une vive douleur générale, marquée surtout au niveau des articulations, s'empare d'elle; elle croit qu'elle va mourir, du sang arrive à la bouche. Ne pouvant cracher, elle avale ce sang, puis, se rhabillant, elle se sent à l'aise et dit en sortant :

« Ça va. » Elle attribue d'abord cette brusque amélioration aux dragées de trinitrine absorbées le matin. Nous circulons, allons à la procession, puis en ville; après le dîner, visite à la Grotte. Toute oppression a disparu, aucune fatigue.

» Le lendemain, après l'exercice religieux de la matinée, nous montons au Château Fort, la montée ne la fatigue plus, le poids qui pesait sur le corps n'existe plus. Nous revenons pour la procession, après dîner, nous nous dirigeons vers la montée du calvaire pour faire le Chemin de Croix.

» Depuis, les jours et les nuits se succèdent sans la moindre gêne. Ma femme présente toujours sa sténose mitrale congénitale, mais jardine, marche assez vite et monte une côte. »

A une lettre demandant si un électrocardiogramme nouveau était nécessaire, M. le Professeur Lian répond : « L'électrocardiogramme peut montrer une amélioration. Cependant, il conserve habituellement ses mêmes particularités. »

Un électrocardiogramme est pratiqué le 8 juillet par le Docteur Petit, assistant du Professeur Lian. Le Professeur Lian constate une très nette amélioration correspondant à l'amélioration clinique.

Le 21 avril 1938, Mme Quartier revient au Bureau des constatations. Examinée par les Docteurs Leplon et Bert, qui trouvent des signes de sténose congénitale mitrale avec extrasystole irrégulière. Elle se représente à nouveau le 15 mai 1938, et on ne retrouve pas la stase des bases, l'œdème des jambes signalés par MM. Bert et Leplon. Enfin, peu après, Mme Quartier est examinée par notre Maître, M. le Professeur Mauriac, qui déclare qu'il n'a rien trouvé d'anormal chez elle, qu'elle paraît en excellent état de santé, qu'elle n'éprouve plus aucun trouble, que sa tension artérielle est normale, ainsi que le diamètre du cœur à la radioscopie.

Le diagnostic porté par le Professeur Lian ne nous paraît pas sujet à discussion, la confirmation de l'examen clinique ayant été donnée par l'électrocardiogramme. Le Professeur Lian et le Professeur Mauriac sont d'accord pour attribuer à

une lésion organique, athérome coronarien probablement, les crises d'angine de poitrine typiques rapportées par M. Quartier. On sait que cette forme d'angine de poitrine fébrile est particulièrement grave, et la disparition brutale des signes fonctionnels a à juste titre frappé M. Quartier. La modification apportée à l'électrocardiogramme ne fait que confirmer l'amélioration fonctionnelle et témoigne de la guérison.

Concluons de cet examen rapide et dégageons de ces observations les caractères communs.

Les tableaux cliniques que nous venons de rapporter succinctement sont essentiellement différents tant par les affections en cause que par leur évolution et par les terrains touchés. Dans le cas de Gilbert C..., il s'agit d'une bronchopneumonie, maladie aiguë comme on en trouve rarement relatée dans les guérisons de Lourdes. La méningite de Paulette M... représente un épisode aigu au cours d'une infection tuberculeuse ancienne. Louis J... est atteint de bacillose généralisée à évolution progressive. Quant à Alice G..., nous retiendrons surtout de son cas l'existence d'une suppuration ancienne chez une bacillaire avérée. Enfin, pour Mme Q..., rappelons qu'il s'agit d'un syndrome angineux organique, datant de deux ans, chez une femme atteinte de sténose mitrale congénitale.

Tant par leur étiologie que par l'évolution que l'on a l'habitude de leur voir suivre, ces cas ne présentent aucune analogie. Un seul point leur est commun, c'est le caractère brutal et imprévisible de la guérison en liaison avec un événement rattaché à Lourdes, que ce soit un pèlerinage, l'immersion dans la piscine, l'assistance à la procession, ou l'absorption d'eau de la Grotte, caractère de rapidité que l'on n'a pas l'habitude de rencontrer dans des cas identiques observés en clinique.

Après Guinier, on a parlé de l'instantanéité des guérisons de Lourdes, et Guarner vient de soutenir à Alger sa thèse de doctorat sur ce sujet. Le mot ne nous semble pas tout à fait exact, ou du moins le fait rarement contrôlable. Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il s'agit de guérisons prodigieusement accélérées; ce qui paraît instantané, c'est la modification dans l'évolution de la maladie, mais le temps nécessaire au rétablissement complet des fonctions et à la cicatrisation des

lésions peut être évalué suivant les cas à quelques minutes ou quelques heures. Et ce laps de temps est notoirement inférieur à la durée d'une guérison ordinaire.

On ne peut affirmer la simultanéité absolue de la disparition des différents symptômes, fonctionnels, généraux et physiques. Celle des troubles fonctionnels est appréciée par le malade lui-même ou par son entourage, mais les examens physiques et de laboratoire qui établissent la guérison organique n'ont pu être faits qu'un temps variable après la guérison fonctionnelle. Si cette reconnaissance a pu être immédiate pour l'enfant Gilbert C..., l'arrêt de la suppuration et la cicatrisation de la fistule a été constatée quelques heures après chez Alice G...; l'examen somatique n'a été pratiqué que trois jours après l'amélioration subite de Paulette M..., et la ponction lombaire, qui a montré un liquide céphalo-rachidien normal, n'a été pratiquée que neuf jours après. L'électrocardiogramme accusant la nette amélioration organique de Mme Q... n'a pu être fait qu'un mois après la guérison clinique. La première bacilloscopie négative chez Louise J... n'a été faite que deux jours après la disparition de la fièvre.

Il aurait été très intéressant que ces différents examens aient été pratiqués plus tôt, de façon à délimiter plus exactement le temps exact mis par la guérison à s'opérer.

Remarquons que la guérison s'accompagne d'une reprise fonctionnelle rapide et qu'on ne retrouve pas dans l'histoire de ces malades le temps de convalescence habituellement nécessaire. Paulette M... se lève le lendemain du jour où elle était à l'agonie; il en est de même pour l'enfant Gilbert C... Louise J... et Alice G... reprennent une vie active dès leur retour de Lourdes. On a remarqué avant nous que le retour des fonctions organiques troublées par la maladie se manifeste dès la guérison par une sensation de faim accusée par beaucoup de malades, accompagnée d'une impression d'euphorie qu'ils signalent à leur entourage.

Notons encore le caractère d'irrégularité et d'inconstance

de ces guérisons. L'immersion dans la piscine, l'assistance à la procession, ne provoquent chez beaucoup de malades apparemment identiques à ceux dont nous rapportons l'observation aucun résultat. Assez souvent, on constate une amélioration subjective déterminant parfois une légère modification organique assez lente et presque toujours transitoire. De nombreux malades sont venus sans aucun succès à Lourdes une première fois, qui revinrent guéris après un second pèlerinage, alors qu'entre temps leur état n'avait fait que s'aggraver.

Que dire de la physiologie de ces guérisons ? Il faut bien avouer que nous n'y comprenons guère. Il se produit, en un temps fort court, une réaction de l'organisme contre l'infection aboutissant au même résultat que la réaction beaucoup plus lente qu'on observe habituellement. La complexité des processus de défense et l'ignorance relative dans laquelle nous sommes de leur mise en jeu ne nous permet de donner aucune explication. Nous pouvons tout au plus soupçonner une action prédominante du système nerveux. Des recherches seraient intéressantes qui pourraient montrer des modifications de l'état chimique, physique, bactériologique du sang au moment de la guérison. On conçoit la difficulté de tels examens.

Certaines recherches pourraient cependant être faites ultérieurement, qui présenteraient peut-être quelque intérêt, par exemple la cuti-réaction après guérison d'affections bacillaires; leur interprétation serait difficile.

DEUXIÈME PARTIE

L'INTERPRETATION DES FAITS

Les faits que nous venons de rapporter demandent une explication. Il nous faut rechercher, à la lumière des connaissances actuelles, si les différents facteurs mis en jeu sont capables de réaliser de telles guérisons.

Ou bien faut-il émettre des hypothèses nouvelles ?

I

LES FACTEURS PHYSIQUES

Peu nombreux sont ceux dont l'influence peut être envisagée. Aigner avait incriminé le soleil du Midi et le changement de traitement. Nous ne retiendrons pas ces explications, qui ne peuvent jouer dans les cas étudiés. On a fait quelquefois intervenir les fatigues du voyage. Il ne peut en être question ni pour Paulette M..., ni pour Gilbert C...; d'ailleurs ce coefficient nous semble plutôt capable d'aggraver le pronostic que de favoriser une évolution paradoxale vers la guérison.

Un seul facteur matériel commun dans les cas que nous avons relatés, c'est l'eau de Lourdes. Il faut pourtant noter que nombre de guérisons se sont opérées sans intervention aucune de l'eau de la Grotte. Rappelons seulement un des cas les plus célèbres et les plus discutés, celui de Pierre de Rudder, guéri de fracture ouverte du tibia infectée et non consolidée depuis huit ans.

Les caractères physiques de l'eau de Lourdes sont normaux.

C'est un eau pure et froide, dont la température varie de 7 à 8°. Son analyse chimique a été pratiquée en 1858 par Filhol, puis en 1934 par Moog, de Toulouse, et n'a rien montré de particulier. Sa radioactivité a été mesurée en 1915 par Nodon, puis en 1938 par Lepape, qui trouva qu'à l'émergence elle contenait 0,7 millimicrocurie de radon, aucune trace décelable de radium; somme toute une radioactivité tout à fait banale.

Des études bactériologiques ont été entreprises, qui ne nous semblent pas concluantes. On a identifié dans l'eau des piscines des espèces microbiennes banales et trouvé un degré de pollution extrême. Des injections de cette eau ont été faites à des cobayes, les unes intrapéritonéales, les autres sous-cutanées. Les animaux n'ont présenté qu'une légère réaction fébrile au deuxième jour et des symptômes locaux réduits à de légères adénites locales pour les injections sous-cutanées. Six mois plus tard, tous les animaux étaient vivants, d'aspect normal et sain. Des inoculations identiques ont été pratiquées avec de l'eau prélevée dans la Seine, dans laquelle l'examen bactériologique révélait l'existence de germes sensiblement identiques et à peu près en même quantité. Sur 6 cobayes on a observé trois décès.

Nous croyons qu'il est difficile de réaliser une comparaison exacte des teneurs en germes des deux eaux et que des recherches plus précises méritent d'être entreprises.

L'action de l'eau de Lourdes se réduit à celle d'un bain froid à la même température lorsqu'il y a eu immersion, à celle d'une cuillerée d'eau banale lorsqu'il y a eu absorption.

Duret, de Lille, pense que l'immersion de quelques minutes pourrait expliquer en partie la disparition des contractures, en particulier dans les maux de Pott. Elle pourrait également être invoquée, croyons-nous, pour expliquer une diminution passagère de la température.

Certaines guérisons d'ulcères de l'estomac trouveraient leur explication dans une erreur de diagnostic, si fréquente dans de telles affections; de simples névroses gastriques, pou-

vant être prises pour des lésions organiques, s'accompagner de vomissements, d'hématémèse, d'amaigrissement, sont souvent heureusement modifiées par l'eau froide à l'extérieur. On a pensé (Bonjour) que l'hydrothérapie froide favorisait la diapédèse des leucocytes et qu'ainsi pouvait s'expliquer la guérison rapide des plaies. Dans la pratique, aucune constatation comparable ne permet d'émettre une telle hypothèse. Carrel, dont on connaît la compétence dans l'étude des cicatrisations, considère les guérisons des plaies de Lourdes comme inexplicables par l'action des agents physiques.

Quant à l'absorption d'une eau banale, nous ne pouvons concevoir son influence sur l'évolution d'une bronchopneumonie ou d'une méningite tuberculeuse. L'hypothèse que cette eau posséderait des propriétés physiques ou chimiques spéciales, inconnues actuellement, ne peut être soutenue, car alors elle agirait à la façon d'un médicament dont l'action est sensiblement le même sur des lésions identiques. Plus ou moins actif suivant les cas, son effet serait toujours facilement observable, et d'autre part, spécifique de certaines lésions et sans action sur des affections d'étiologie différente. Elle n'agirait pas indifféremment en bains, lotions ou boisson.

La multiplicité et la variabilité des conditions physiques dans lesquelles se sont opérées les guérisons de Lourdes dont nous relatons les observations interdisent d'attribuer à l'une quelconque de ces conditions la valeur d'un facteur déterminant.

II

LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

L'interprétation des guérisons de Lourdes par les forces psychiques est banale, sinon classique.

A priori, des recherches dans ce sens nous apparaissent plus intéressantes que l'étude des facteurs physiques. La complexité des faits psychologiques, leur aspect individuel, semblent pouvoir plus facilement rendre compte de faits

ayant des caractères si particuliers. Il est d'ailleurs toujours tentant, lorsqu'on se trouve en face d'événements imprévus et paradoxaux, de faire appel à des forces peu ou mal connues dont l'action nous paraîtra d'autant plus active que leur mécanisme est plus mystérieux.

Or, la science psychologique est encore bien incertaine, et la différence des méthodes qu'elle utilise avec celles des sciences biologiques rend difficile leur collaboration dans l'analyse de faits où les forces qu'elles étudient respectivement s'intriquent.

Est-ce à dire que nous considérions comme stérile une telle collaboration ? Au contraire, nous pensons qu'elle est nécessaire et que trop longtemps « l'erreur dans le traitement du corps humain a été de séparer l'âme du corps » (Platon). « L'esprit se confond avec le corps comme la forme avec le marbre de la statue, on ne pourrait pas briser la forme sans briser le marbre. »

Mais nous ne pouvons que constater la grande ignorance où nous sommes des rapports précis du psychique et du physique. Nous essaierons cependant de dégager du fouillis des hypothèses et des théories les lois authentiquement établies et de voir si elles peuvent nous éclairer réellement sur le mécanisme des guérisons de Lourdes.

Nous avons vu que Charcot, Pitres, Gilles de La Tourette, expliquaient par l'hystérie les guérisons miraculeuses que l'on rencontre dans l'histoire des différentes religions et en particulier les guérisons de Lourdes.

Après les travaux de la Salpêtrière, en effet, l'hystérie était à la fin du siècle dernier la grande névrose, simulatrice de toutes les maladies, représentant au maximum l'action d'un psychisme anormal sur l'organisme.

Or, qu'est-ce que l'hystérie ? On sait que de son vivant déjà Charcot fut violemment discuté. Aujourd'hui encore, le débat reste ouvert et la solution du problème est à trouver.

En réalité, c'est sur une définition exacte du mot et sur

l'analyse du fond mental des hystériques que les avis divergent, mais non sur la nature des troubles hystériques.

Depuis Babinski, nous sommes fixés sur la nature de ces troubles. Peu nous importe pour le moment qu'on parle de « rétrécissement du champ de la conscience », de « troubles des réflexes corticaux ou sous-corticaux », d'« imaginations idéo-plastiques », de pathomimie, d'hystérie ou de pithiatisme, peu nous importe que la simulation soit consciente ou non, intéressée ou non. Ce qui est établi, c'est que l'hystérie ne réalise que des troubles fonctionnels, qui, produits par la suggestion, peuvent disparaître par elle, souvent instantanément.

Les troubles organiques que l'on rencontre chez les hystériques sont ou des lésions vraies analogues à celles que l'on trouve chez les individus à psychisme normal, ou des lésions simulées. Babinski a bien montré le rôle de la simulation, souvent difficile à mettre en évidence, dans les fameux œdèmes blancs, rouges, bleus, dans les gangrènes, dans le pemphigus des hystériques, que l'Ecole de la Salpêtrière décrivait avec complaisance. La nature des troubles hystériques nous éclaire sur le mécanisme de leur guérison. La psychothérapie pourra faire disparaître instantanément des troubles purement fonctionnels, une suggestion judicieuse, un choc émotif violent, permettant la réalisation artificielle de l'idée contraire à celle qui a engendré le trouble. La psychothérapie n'aura aucune action sur les troubles organiques spontanés chez les hystériques, elle permettra seulement, en arrêtant la simulation, la guérison rapide des lésions artificiellement provoquées, mais dans les délais identiques à ceux d'une guérison normale.

Certes, il est fréquent d'observer à Lourdes la guérison de troubles purement fonctionnels, attribuables à une autosuggestion particulièrement active que la psychothérapie médicale n'a pu provoquer. Souvent ces troubles fonctionnels existent en même temps que des lésions organiques, et la seule disparition des troubles fonctionnels a pu en imposer pour une véritable guérison. Dans d'autres cas, la guérison

organique a pu se réaliser lentement, alors que l'idée de la maladie survivait, et la suggestion émotive a pu faire disparaître de façon instantanée des troubles fonctionnels que ne conditionnait plus aucun facteur organique.

Les différents présidents du B. C. M. n'ont jamais méconnu l'existence de la simulation ou de l'hystérie chez certains pseudo-guérís, et se sont attachés à différencier toujours l'organicité authentique du fonctionnel.

Dans les cas que nous avons rapportés, l'existence de la simulation ne peut être soupçonnée et l'organicité est bien établie, tant par les signes cliniques que par les signes de laboratoire. Aussi est-ce plutôt à titre historique que nous avons dit quelques mots de cette explication par l'hystérie, classique pour ainsi dire pendant un certain temps, mais éphémère comme importance que l'Ecole de la Salpêtrière avait cru devoir accorder à l'hystérie de Charcot.

L'influence du psychisme sur l'organisme ne se limite pas à la création de toutes pièces de troubles fonctionnels et à la simulation de lésions organiques. Il existe des modifications parallèles du psychisme et de l'organique que l'on trouve chez les sujets normaux à un degré souvent variable.

L'émotion, état fondamental de l'affectivité, se manifeste par les troubles physiologiques dont elle ne serait d'ailleurs, pour William James, que le reflet dans la conscience. Il ne s'agit pas seulement de troubles fonctionnels, nerveux (hyperesthésie ou anesthésie), respiratoires (apnée allant jusqu'à la syncope, bradypnée et polypnée), circulatoires (pâleur ou rougeur, modification de la tension artérielle et du rythme cardiaque), cutanées (horripilation, hyperhydrose), mais encore des modifications des sécrétions externes ou internes (gastrique, salivaire, urinaire, biliaire, lacrymale, thyroïdienne, surrénalienne), de troubles de la motricité des fibres lisses (pupille, œsophage, estomac, intestin, vessie, larynx) et de troubles sanguins (pouvant aller jusqu'à la production du choc hémoclasique).

Ces modifications ayant à leur origine des troubles nerveux peuvent, si elles sont intenses ou prolongées — c'est le cas chez les émotifs où un éréthysme diffus de la sensibilité et une insuffisance de l'inhibition motrice multiplient les effets de l'émotion — donner lieu à des troubles pathologiques de tout ordre :

— *Digestifs* : anorexie, spasmes, dyspepsies, constipation et diarrhées, aérophagie, vomissements.

— *Urinaires* : polyurie nerveuse, pollakiurie, anurie.

— *Génitaux* : impuissance chez l'homme; frigidité, vaginisme, stérilité chez la femme.

— *Respiratoires* : coryzas spasmodiques, aphonies, hoquets.

— *Cardiaques* : syncopes à répétition, tachycardie essentielle, paroxystique, palpitations, pseudo-angine de poitrine, acrocyanose, hypertension, hypotension, hémorragies.

— *Neuro-musculaires* : myasthénie, astasie-abasie, tremblement polymorphe ou intentionnel, tics musculaires, paralysies et contractures fonctionnelles.

— *De la sensibilité* : anesthésie ou hypoesthésie, hyperesthésie, algies, céphalées.

— *Des organes des sens* : rétrécissement du champ visuel, dischromatopsie, achromatopsie, micropsie, mégalopsie, amblyopie, blépharospasmes, etc., bourdonnements, battements, agueusie, ou hypergueusie, etc.

Cette énumération fastidieuse tend seulement à montrer l'étendue du pouvoir de l'émotion sur toutes les fonctions. Et on sait l'importance que beaucoup attribuent au choc émotionnel dans l'étiologie des accidents pithiatiques. Ces modifications fonctionnelles sont susceptibles d'entraîner à la longue des modifications organiques résultant de l'arrêt ou de la déviation de la fonction; ou bien de favoriser l'infection d'un organe en non-activité.

On a même — et cette étiologie est bien connue du public — relevé l'apparition brutale de maladies organiques à la suite d'émotions : goitre exophtalmique considéré long-

temps comme une névrose, ictères, eczémas, cardiopathie. Il est probable que dans tous ces cas une lésion organique latente précédait l'émotion, qui ne faisait que la révéler.

Cette influence se manifeste encore dans l'évolution des maladies organiques avérées qu'une émotion — et on sait que l'émotivité est augmentée par la maladie — vient aggraver.

Des recherches expérimentales sur les animaux ont confirmé le rôle de l'émotion et précisé les modalités de son action. Après les travaux de Pavlow, ceux de Krilow, Bikow et Beckmann, Pokopayev, Metalnikoff, ont prouvé et étudié les réflexes conditionnels, dont le point de départ peut être une perception, le plus souvent teintée d'une nuance émotive. Les expériences de Ferré, Gabritchewski, Massart et Bordet ont démontré le rôle de l'émotion dans les processus d'immunité et de défense. Le sang d'animaux (lapins et pigeons) soumis à des frayeurs prolongées donne après ensemencement des colonies microbiennes alors que celui d'animaux laissés au repos reste stérile. Le liquide septique ainsi préparé injecté aux deux lots d'animaux détermine une mort beaucoup plus rapide des animaux tourmentés. De deux lots d'animaux sous la peau desquels on introduit des tubes de verres fins pleins de cultures microbiennes, l'un est soumis à des émotions de frayeur violente, l'autre laissé en paix : l'examen des tubes retirés montre une phagocytose intense dans les derniers, très pauvre chez les animaux tourmentés.

Le rôle de défense et d'agent curateur de l'émotion est beaucoup moins défini que son rôle pathogène. Certes les émotions violentes peuvent être utilisées en psychothérapie pour la guérison des troubles pithiatiques et les émotions dites toniques ont même modifié des troubles organiques, mais cette dernière action a toujours été lente, et la plupart du temps passagère. Une telle amélioration s'interprète facilement, de la même façon que les troubles organiques d'origine émotionnelle, par une action indirecte du psychisme, s'exerçant par l'intermédiaire du système nerveux.

Ces données ne nous paraissent pas rendre compte de tous les faits observés à Lourdes. Certes, le pèlerin et même le spectateur curieux sont soumis à des émotions violentes qui expliquent la disparition de troubles pithiatiques rebelles à la psychothérapie médicale. Dans d'autres cas, l'émotion a pu réaliser une guérison quelquefois définitive, mais le plus souvent passagère. L'amélioration a alors été obtenue dans des délais variables, mais toujours nets. Les cas que nous rapportons n'y trouvent pas d'explication. Notons tout d'abord que les émotions violentes, si elles peuvent procurer une amélioration légère, sont suivies la plupart du temps d'une rechute sévère. De plus, nous avons affaire à des cas où les étapes sont brûlées, où l'amélioration organique, si elle n'est pas exactement contemporaine de l'amélioration fonctionnelle, la suit de très près : les délais sont alors insuffisants pour que le fonctionnel puisse avoir une action curatrice, même si nous concédons à l'émotion religieuse une valeur thérapeutique spéciale. Enfin, sur les cinq cas que nous citons, deux ne sont nuancés d'aucun élément émotionnel : Paulette M... et Gilbert C...

Nombreux sont ceux qui ont considéré les guérisons de Lourdes comme le résultat d'une suggestion, suggestion passive résultant de l'influence de la foule en prière, ou autosuggestion plus ou moins consciente.

Le terme de suggestion est difficile à définir, et Betcherew, Janet, ont insisté sur son imprécision. Si on s'en tient à la définition de Bernheim, pour lequel c'est l'acte qui fait accepter au cerveau une idée introduite artificiellement, on peut réunir sous cette appellation des phénomènes psychologiques très divers, comme l'hallucination d'une hystérique et la leçon d'un professeur.

En psychothérapie, Bernheim s'est attaché à défendre la suggestion hypnotique actuellement abandonnée. Sa suggestion à l'état de veille (petit hypnotisme de Nancy) ne diffère de la première que par une question de degré. A cette

suggestion passive, Déjerine et Dubois, de Berne, ont opposé la psychothérapie supérieure, faisant appel à la volonté consciente et recherchant une attitude de stoïcisme du malade devant la maladie et la douleur. On conçoit que cette dernière méthode, demandant un effort de volonté à des malades qui sont avant tout des abouliques, ne peut guère donner de résultats organiques et même fonctionnels. Quant à la suggestion passive, son rôle, quoique non négligeable, est malgré tout limité. On sait la valeur pratique de la confiance qu'un malade accorde à son médecin, forme de suggestion dont ce dernier n'est pas toujours responsable. Elle n'a que des effets lents et favorise seulement la réparation organique sans la provoquer. Si, dans les troubles fonctionnels des pithiatiques, la suggestion a donné des résultats éclatants, dans les troubles organiques où Bernheim a cherché à l'utiliser, les résultats sont passagers. « La suggestion n'enraye pas l'évolution organique de la maladie, trop souvent elle ne produit qu'une amélioration transitoire, et il arrive un moment où la suggestion ne peut plus rien. » (Bernheim.) La valeur que Fontan et Ségard lui avaient attribuée dans la guérison des plaies est illusoire. Van der Elst a résumé exactement les limites de son action. « La suggestion peut rétablir les fonctions menstruelles, gastriques, hépatiques, urinaires, la sécrétion lactée, la sensibilité d'un membre anesthésié, supprimer une paralysie, une crampe, une surdité, mais à la condition que les nerfs qui président aux fonctions soient demeurés sains et qu'une paresse momentanée de leur fonctionnement ait seule interrompu le jeu des organes.

» Mais elle a pu, dira-t-on, améliorer l'état des tuberculeux, des rhumatisants. D'accord, mais cet autre phénomène médical correspond à l'autre suggestion des psychologues. Il ne s'agit plus dans ce cas d'une rupture subite ou d'un subit rétablissement du courant nerveux, mais de l'utilisation d'un courant ininterrompu à l'effet de faire parvenir à ce point lésé un ordre de cicatrisation lente... L'apport, le réconfort

apporté à l'organisme, ne se fait pas de bas en haut, il s'adresse directement à l'intelligence et à la volonté, après quoi l'organisme se restaure dans les délais normaux. »

Cette amélioration lente n'est la plupart du temps que passagère, comme le montre une expérience de Mathieu, qui, ayant annoncé à grand fracas qu'on venait de découvrir le vaccin de la tuberculose, injecta, à ce titre, un sérum banal et constata des améliorations fonctionnelles et générales de courte durée.

Qu'il s'agisse de la « foi qui guérit » (Charcot), d'« auto-suggestion collective » (Roger), d'un « état particulier se rapprochant beaucoup de l'état de fascination où se trouve un hypnotisé dans les mains de l'hypnotiseur » (Gaud), d'un « ébranlement longtemps préparé à l'avance, développé par l'entraînement du voyage, des prières et des cantiques » (Zola), c'est de suggestion qu'il faut parler, ce terme étant compris dans son acception la plus large. « Il faut admettre, dit Gaud, que le malade a la foi préalable : croyance absolue dans la guérison, acceptée d'une façon complète et en l'absence de tout raisonnement. Cette foi, plus ou moins consciente, s'établit chez les sujets dont la suggestibilité est augmentée par l'état de maladie, favorisée par la foule et par les circonstances extérieures : décor, chant, prières, fatigues. »

Il s'agit bien là de facteurs de suggestion, et nous avons pu par nous-même constater l'état psychique très particulier des foules de Lourdes. Il existe là une atmosphère collective à laquelle un sceptique même reste difficilement indifférent. La réunion de tant de facteurs de suggestion fait que celle-ci donne des résultats particulièrement remarquables à Lourdes : disparition de troubles pithiatiques ayant résisté au traitement médical, améliorations fonctionnelles considérables, en imposant à première vue pour des guérisons, ou bien simple conviction intime chez un malade d'une guérison, alors qu'aucune modification organique ne se produit. Citons à ce sujet l'exemple rapporté par M. Vallet d'une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale,

qui, au moment de la bénédiction du Saint-Sacrement, se leva tout à coup de son brancard, se déclarant guérie. Re-conduite par des milliers de pèlerins enthousiastes à l'asile, elle fut examinée par plusieurs médecins, qui ne trouvèrent aucune modification de son état, et dans les jours suivants la malade mourut.

Mais très nombreux sont les malades pourtant suggestionnés par de longues préparations de neuvaine, de prière et d'exaltations pieuses, qui restent organiquement et fonctionnellement indifférents à l'atmosphère de Lourdes.

D'ailleurs c'est un fait souvent remarqué, les guérisons les plus bruyantes, celles qui à priori doivent faire soupçonner la suggestion, sont en réalité des guérisons fonctionnelles, alors que les guérisons organiques vraiment remarquables sont le plus souvent discrètes, à tel point que le malade parfois les ignore.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de telle ou telle forme de suggestion, et en admettant que « la foi en Dieu est plus active que la foi dans les remèdes » (Fiessinger), il nous paraît que la suggestion ne peut être rendue responsable de guérisons organiques totales réalisées en quelques minutes ou quelques heures; en particulier, il nous paraît absolument impossible de l'invoquer pour rendre compte des faits que nous avons plus particulièrement rapportés.

Mais la foi religieuse n'est pas seulement la confiance en un Dieu tout-puissant capable de guérir celui qui l'implore, c'est également un modificateur de tout le psychisme et du comportement général d'un individu. Elle peut transformer l'attitude d'un malade vis-à-vis de la douleur ou de la maladie, et à ce titre favoriser la guérison. Mais jamais elle ne pourra amener des modifications organiques quasi instantanées comme celles que nous étudions. Bordreuil et Lorsch ont analysé respectivement dans leurs thèses son rôle dans les guérisons morales et dans les guérisons organiques. De leurs travaux, il résulte que si la conversion, choc psy-

chologique intense, peut amener instantanément la disparition de certains vices d'une part, de certains troubles fonctionnels d'autre part, le rôle de la foi dans les affections organiques n'est que celui d'un adjuvant à action lente et progressive. On comparera les guérisons que Williams James considère comme remarquables, dues à la « mind cure », avec celles que nous venons de rapporter.

III

CONCLUSIONS

Cette brève analyse montre que ni les forces physiques mises en jeu, ni la puissance curatrice du psychisme, ne peuvent donner dans l'état actuel de nos connaissances une explication plausible des guérisons que nous venons de relater.

Faut-il considérer ces faits comme des événements paradoxaux analogues à ceux que le médecin trouve journellement en clinique et qui font adopter à beaucoup une attitude de scepticisme désabusé vis-à-vis des sciences médicales ?

Il est banal qu'en dépit d'un pronostic fondé sur un examen sérieux, sur un diagnostic précis et indiscutable, un malade guérisse. Dans ce combat entre l'organisme et l'infection ou l'intoxication qu'est la maladie, les facteurs sont multiples et complexes, et leur nature comme leur importance nous échappent souvent. Mais l'issue de la lutte n'est somme toute que la résultante d'un certain nombre de forces, résultante que nous pourrions prévoir si toutes ces forces nous étaient connues. Si nos sciences biologiques étaient aussi avancées que la physique ou la chimie, nous pourrions pronostiquer l'évolution d'un syndrome ou d'une infection avec autant de précision que le chimiste qui prévoit le résultat d'une réaction dont il connaît exactement les lois, avec cette seule différence que la complexité plus grande des forces organiques augmenterait les causes d'erreur. Si en réa-

lité on peut affirmer qu'il n'y a pas de loi absolue en médecine, c'est que nos lois ne sont que des affirmations provisoires, imparfaites, ce que prouve d'ailleurs leur perpétuel remaniement. Le défaut n'est pas dans le fonctionnement de l'organisme soumis à un déterminisme absolu — que l'on ne peut nier sans condamner par le fait même toute tentative d'élaboration d'une médecine scientifique — mais dans la connaissance que nous en avons.

La méningite tuberculeuse était considérée comme incurable jusqu'au jour où on réunit plusieurs cas de guérison authentique. Jaboulay et Segond ont cité chacun un cas de cancer guéri par la quinine. Tuffier rapporte deux guérisons de cancer également par la sérothérapie. Un autre cas par le cacodylate de soude à haute dose. Dor, ayant vu guérir un décollement double de la rétine après lavage des yeux à l'eau de Lourdes, le rapporte à la Société d'ophtalmologie comme un cas paradoxal.

A première vue peut-être les guérisons de Lourdes paraissent-elles semblables à ces cas paradoxaux dont on pense que l'interprétation impossible actuellement sera facile lorsqu'on connaîtra mieux le processus des réactions de l'organisme, la nature de l'affection en cause et les modalités de la lutte.

Il nous semble que cette assimilation n'est pas possible après une comparaison plus attentive des faits.

Quand la guérison d'une affection réputée incurable est spontanée, cette dernière évolue comme toutes les maladies qui guérissent. La guérison est alors le résultat d'une lutte plus ou moins longue dont la fin est la neutralisation par l'organisme de l'agent infectieux. Des recherches ultérieures montrent qu'il s'agissait d'un germe de virulence amoindrie, et cette évolution surprenante n'aura eu d'autre conséquence qu'une correction de statistique dont personne ne se scandalisera.

Quand la guérison paradoxale est provoquée, obtenue grâce à un traitement qui en général ne donne pas ces résul-

lats, il faut bien en accorder la responsabilité à cette intervention thérapeutique aveugle, mais longue et prolongée. Ce traitement est capable de modifier les milieux organiques et de rendre possible une victoire imprévisible, sans que pour cela les conditions de durées soient violées.

Il faut ajouter que nombre de faits apparaissent comme paradoxaux parce qu'ils ont été mal observés. Les erreurs de diagnostic sont fréquentes qu'à posteriori il est difficile de corriger, et l'on est obligé de constater que ces évolutions surprenantes se produisent le plus souvent dans des affections dont la nature nous est bien mal connue.

Dans les observations que nous rapportons, nous ne trouvons ni proportion ni constance entre les faits qui précèdent la guérison et la guérison elle-même. Les phases successives se déroulent à un rythme qu'on ne retrouve pas dans les guérisons paradoxales constatées journellement en clinique.

D'autre part, si tous les malades qui vont à Lourdes ne guérissent pas, il faut avouer que la proportion de guérisons — il faudra alors tenir compte, en même temps que des cas caractéristiques, de ceux qui sont douteux — excède de beaucoup la proportion des cas paradoxaux observés habituellement.

ESSAI D'INTERPRETATION PERSONNELLE

« Rien n'est plus conforme à l'esprit scientifique que de prendre les faits comme ils sont et de rejeter toute explication qui ne les conserverait pas dans leur intégrité et en altérerait la forme. S'il y a un fait qui diffère de tous les autres et nous place sur le seuil d'un autre monde que le monde accessible à la science proprement dite, c'est être fidèle à la science que de savoir, en reconnaissant le fait, dépasser la science. »

(OLLÉ-LAPRUNE, *Le prix de la Vie.*)

Les faits étudiés sont très différents des cas observés normalement en clinique, et les explications qu'on a voulu en donner tant par les agents physiques que par les forces psychologiques se révèlent insuffisantes. Faut-il conclure qu'il existe des lois psychologiques et biologiques ignorées pour le moment et dont la connaissance ultérieure nous donnera la clef de l'énigme ? Hypothèse que rien ne peut interdire, mais qui ne repose sur aucune autre constatation du même ordre.

Avant de nous enfermer dans cette attitude d'expectative passive dont le succès est douteux, nous nous devons de rechercher dans les modes d'activité de l'organique comme de l'immatériel lui-même un facteur dont nous puissions établir la relation avec ces guérisons.

Ce qui ne peut nous échapper, c'est leur coïncidence avec le fait de Lourdes. Et nous ne pouvons entendre par là ni l'entité géographiquement définie, ni l'eau de la piscine, ni même le climat psychologique des pèlerinages de Lourdes.

Par guérisons de Lourdes — ce n'est que maintenant que nous pouvons en donner cette définition — il faut désigner les guérisons extraordinaires liées à l'atmosphère spirituelle de Lourdes. C'est bien d'atmosphère spirituelle qu'il nous faut parler, car c'est la prière qui en constitue l'élément commun et propre. Par prière, nous devons entendre « non la récitation machinale des formules, mais une certaine élévation mystique où la conscience s'absorbe dans la contemplation du principe immanent et transcendant du monde » (Carrel). C'est la prière qui distingue le phénomène religieux de tous ceux qui lui ressemblent ou l'avoisinent, tels que le sentiment moral et le sentiment esthétique. Cet état de prière est spécifique et n'est accessible qu'à certains.

Les notions de monde spirituel et de prière ne sont pas des notions scientifiques, aussi n'est-il ni de notre compétence ni de notre intention d'aborder ce sujet; mais William James fait remarquer avec raison que le psychologue n'a pas le droit de négliger certains aspects du fait de conscience, sous prétexte que cet état n'est ressenti que par quelques-uns.

Il ne nous est pas permis non plus, parce que ce monde est inaccessible à nos méthodes biologiques, de méconnaître un fait dont la coexistence et le rapport avec les événements nettement organiques est évident. Ce serait aussi partial que d'ignorer systématiquement les modifications somatiques liées aux états psychiques sous prétexte que ces derniers sont justiciables d'une méthode spéciale, la méthode psychologique. Carrel le dit très justement : « Au premier abord, la méthode scientifique ne paraît pas applicable à l'étude de la totalité de nos activités. Il est évident que nous, les observateurs, ne sommes pas capables de pénétrer dans toutes les régions où se prolonge la personne humaine. Nos techniques ne saisissent pas ce qui n'a ni dimension ni poids, elles n'atteignent que les choses placées dans le temps... La mise en jeu fréquente des activités mentales et spirituelles s'exprime par un certain comportement. C'est

de cette façon indirecte que les fonctions morales, esthétiques et mystiques peuvent être explorées par nous. »

Il faut préciser que les rapports du spirituel, la prière en l'espèce, avec les modifications organiques spécifiques, ne sont pas individuelles, personnelles, comme les modifications physiologiques liées au psychisme : ni l'enfant Gilbert C..., ni Paulette M..., ne priaient lorsqu'ils guérirent, mais autour d'eux on priait à leur intention. Remarquons avec Carrel que le malade qui guérit n'est pas celui qui prie pour sa guérison. C'est celui qui prie pour les autres. « Ce type de prière exige comme condition préalable le renoncement à soi-même, c'est-à-dire une forme très élevée de l'ascèse. C'est pourquoi les modestes, les ignorants, les pauvres, sont plus capables de cet abandon que les riches et les intellectuels. »

Notons aussi que la prière est condition de la guérison, mais non la cause. Les malades sont nombreux qui vont à Lourdes dont la foi et la prière sont aussi intenses — si tant est qu'on peut parler de mesure de la prière — que celles des malades guéris, ou bien qu'assistent les prières réunies d'un entourage fervent et qui n'obtiennent aucune amélioration de leur état. Il y a là absence de concordance régulière qui nous oblige à admettre l'existence d'une cause scientifiquement inconnue. D'ailleurs, à mesure que la science progresse dans les terrains difficiles, elle se borne le plus souvent à définir les conditions sans pouvoir affirmer des lois.

Si maintenant nous recherchons en dehors de Lourdes des effets autres du monde spirituel sur l'activité humaine, nous croyons pouvoir y trouver une confirmation de notre hypothèse.

Dans l'ordre psychologique, un état nous frappe qui lui aussi est lié au fait religieux, et dont l'analogie, par ses caractères de brusquerie et la transformation brutale de toute la personnalité psychique, est frappante avec les guérisons de Lourdes : c'est la conversion. Nous ne désignons pas

par là cette forme de conversion qui est l'aboutissant d'une longue évolution psychologique dont il est possible de prévoir l'issue, mais l'irruption brusque, moins souvent constatée, mais indiscutable, de la foi dans le champ de la conscience.

Un regard rapide dans l'histoire nous révèle la relation d'événements extraordinaires attribués à des interventions surnaturelles, mais ces faits n'ont évidemment pas été observés avec nos procédés scientifiques actuels. Ce sont des relations bien souvent indirectes qui nous les rapportent, et les sources sont discutables. Il est difficile à la critique historique de distinguer ce qui est légende et faits objectivement constatés. L'absence ou l'insuffisance des documents nous empêche de voir s'ils se rapprochent des guérisons que nous rapportons. Actuellement, en dehors de Lourdes, on a signalé des guérisons brusques en rapport avec des événements religieux. Nous ne possédons pas de documents très précis sur eux.

Mais, à propos de Lourdes encore, le Docteur Dozous, qui a suivi, en incrédule, les extases de Bernadette Soubirous, rapporte ce fait étrange observé par lui-même : l'enfant, à un moment donné, plaça la flamme du gros cierge qu'elle tenait de la main droite sous sa main gauche. Pendant un quart d'heure, elle resta ainsi. Dozous examina la main immédiatement après, elle ne portait aucune trace de brûlure.

Des faits de stigmatisation ont été rapportés. Ces faits curieux étaient expliqués depuis Charcot par des hémorragies sous-cutanées hystériques, mais la constatation actuelle de stigmates chez une Allemande, Thérèse Neumann, examinée par des observateurs impartiaux et compétents, semble infirmer cette interprétation. On trouvera dans un volumineux ouvrage du Docteur Fritz Gerlich une analyse minutieuse montrant l'effraction spontanée de l'épiderme laissant couler un sang normal très pur, stillant goutte à goutte, quelquefois jaillissant, sans infection consécutive des plaies, qui se referment instantanément. Thérèse Neu-

mann ne se nourrirait que d'hosties reçues à la communion et aurait présenté des phénomènes de xénoglossie.

Ces faits sont rares, souvent mal observés, et nous savons que leur étude scientifique est difficile. Aussi ne l'entreprendrons-nous pas; mais nous pensons qu'ils ne doivent pas être négligés ni surtout traités par le mépris. Des recherches ultérieures devront être entreprises, et les faits examinés avec d'autant plus de soin et plus d'intérêt qu'ils sont différents de ceux observés journellement. D'ores et déjà, nous pensons avec Carrel qu'ils ont une haute signification... « Ils prouvent l'importance objective des activités spirituelles dont les médecins, les éducateurs et les sociologues n'ont presque jamais songé à s'occuper. Ils nous ouvrent un monde nouveau. »

Notre intention n'aura été que de susciter à l'étude de ce monde nouveau une authentique curiosité scientifique.



CONCLUSIONS

I. — Depuis 1858, Lourdes est devenu un des centres mondiaux de la piété catholique. Les malades affluent nombreux pour implorer la délivrance de leurs maux.

Des guérisons authentiques se sont produites et se produisent de nos jours.

Dans certains cas, la guérison relève de processus normaux et cliniquement bien connus; en particulier l'émotion intense des pèlerins, leur foi et leur confiance expliquent la disparition de troubles fonctionnels, même rebelles à un traitement psychothérapique médical.

Pour d'autres cas, les documents manquent ou sont insuffisants qui permettraient de porter un diagnostic certain, et de se faire une idée précise du processus de la guérison.

Enfin, dans un certain nombre de cas, non négligeables, la guérison paraît se produire en dehors du jeu normal des lois de la physiologie.

II. — Ces derniers faits surtout méritent une attention spéciale et des recherches de plus en plus précises. D'ores et déjà, ils nous semblent relever des rapports particuliers, jusqu'ici négligés, d'un monde spirituel, distinct du physiologique et du psychologique, avec le monde organique.

III. — Ils imposent une attitude pratique au médecin, qui ne doit pas empêcher des malades d'aller implorer à Lourdes leur guérison, quelque invraisemblable que puisse paraître une amélioration de leur état par le pèlerinage.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

Vu, BON A IMPRIMER :

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 18 juillet 1939.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- AIGNER. — Die Wahrheit über eine Wunderheilung von Lourdes. Francfort, 1908.
- BEAUFILS. — Pronostic et traitement des broncho-pneumonies de l'enfance. Thèse Paris, 1926.
- BERNHEIM. — Traité de suggestion, 1886.
— L'hypnotisme.
- BERTRIN. — Histoire critique de Lourdes.
— Lourdes. Apparitions et guérisons. Lourdes, 1905.
- BIOT. — Lourdes, centre d'instruction clinique. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 19 août 1928.
— Lourdes et le miracle. Dialogues de médecins. Bloud et Gay, 1930.
- BITTERLIN. — A Lourdes, faits constatés. Payot, 1925.
- BOISSARIE. — Les faits miraculeux constatés à Lourdes. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1899.
— L'œuvre de Lourdes, 1908.
— Lourdes. Les guérisons, 1911.
- BOX (Jeanne). — Sur quelques guérisons de Lourdes (des pseudo-tuberculeux hystériques). Librairie des Saints-Pères, Paris, 1912.
- BONJOUR. — Les guérisons miraculeuses modernes. *Revue psychothérapique*, juill. 1913.
- BORDREUIL. — Religion et psychothérapie. Thèse Toulouse, 1911.
- BOUCHER. — Lourdes et un cas de tuberculose aiguë généralisée. *Annales des psychiques*, 1895.
- BOUDON. — Etude concrète d'un miracle de Lourdes. *Bulletin des étudiants catholiques*, Bordeaux, 1^{er} août 1922.

CARREL. — L'homme, cet inconnu, 1935.

CASIMIR. — Guérisons de Lourdes. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Vaucluse*, janv. 1910.

CHARCOT. — La foi qui guérit. *Revue hebdomadaire*, 3 déc. 1892; *Archives de neurologie*, 1893, t. 1.

— Leçons sur les maladies du système nerveux.

CRUCHET. — Science et miracle. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 oct. 1923 et 10 sept. 1923.

DESPLATS. — A propos du pèlerinage de Lourdes, 1907. *Journ. des sc. méd.*, 553-563.

DUBOIS. — Les psychonévroses. Masson, 1904.

DURET. — Les guérisons de Lourdes. *Journal médical Lille*, 1908, 433, 457, 481.

FIESSINGER. — Les guérisons de Lourdes à la Société de médecine de Bordeaux. *Hygiène et vie*, mars 1932.

— Le psychisme qui guérit. *Figaro*, 1931.

GAUD. — De certains processus psychiques de guérison. Thèse Lyon, 1907.

GERLICH (F.). — Die Stigmatisierte Therese Neumana von Konnersreuth, München, 1929.

GORCE. — De la béatification des serviteurs de Dieu. Thèse Bordeaux, 1915.

GORET. — Une observation médicale presque en forme d'expérience. *Bonne Presse*, 1925.

GRANDMAISON DE BRUNO. — Vingt guérisons à Lourdes discutées médicalement, Beauchesne, 1914.

GRASSET. — La Psychothérapie. *Revue des Deux-Mondes*, sept. 1909.
— Hypnotisme et suggestion, 1903.

GRILLIÈRE. — Les guérisons de Lourdes. *Revue*, sept. 1911.

GUINIER. — Notes médicales : les guérisons de Lourdes. *Les Etudes*, 1909.

HARTENBERG. — Procédés de psychothérapie. *Presse médicale*, 27 janv., 17 févr. 1937.

JAMES (William). — L'expérience religieuse. Traduction Abauzil Alcan.

- JANET. — Médications psychologiques, 3 vol., Paris, Alcan, 1919.
- JOUSSET. — Sur trois cas de méningite tuberculeuse guéris. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 17 mai 1929.
- LASSERRE. — Episodes miraculeux de Lourdes, 1893.
- LAVRAUD. — Suggestion et guérison de Lourdes.
- LE BEC. — Preuves médicales du miracle. Téqui, 1917.
- Causes d'erreur et difficultés de reconnaissance des guérisons miraculeuses. *Bull. de la Soc. méd. Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, févr. 1932.
- LEBREUIL. — Les pathomimes. Thèse Bordeaux, 1939.
- LIOX. — Angine de poitrine. Paris. Masson, 1932.
- LÖRSCH. — La psychothérapie religieuse. Thèse Paris, 1925.
- MAGNIN. — Devant le mystère de la névrose. Vuibert, 1920.
- MARCHAND. — Les faits de Lourdes et le Bureau des constatations médicales.
- Les faits de Lourdes. Trente guérisons enregistrées de 1919 à 1922.
- Les faits de Lourdes. Nouvelle série de guérisons enregistrées de 1903 à 1925.
- MAURIAC (Fr.). — Les pèlerins de Lourdes.
- MAURIAC (Pierre). — Sur un cas de rhumatisme infectieux polyarticulaire à forme prolongée et hyperthermique, avec subluxations et ankylose datant de trois ans, arrêté brusquement dans son évolution après un pèlerinage à Lourdes. *Bull. et mém. de la Soc. méd. et chir. de Bordeaux*, 1932.
- MOLINÉRY. — Le fait de Lourdes devant la critique médicale. *Les sciences médicales*, 1926, p. 44.
- Le fait de Lourdes devant la critique médicale. Teillon, 1927.
- Le fait de Lourdes. *Art médical*, 3 oct. 1936.
- MOUNIER. — Etude médicale de quelques guérisons survenues à Lourdes. Thèse Paris, 1930.
- PAISSEAU et LAQUERRIÈRE. — Episodes méningés tuberculeux curables. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 9 févr. 1934.
- RICHTET — Traité de métapsychique.

- ROGER. — Les religions révélées.
— Les miracles. Crès.
— Miracles et déterminisme. *Hippocrate*, févr. 1935.
- ROLLAND. — Considérations sur l'influence du psychisme sur l'organisme. Thèse Montpellier, 1939.
- ROUBY. — La vérité sur Lourdes, 1919.
- SAINTYVES. — Simulation du merveilleux.
- SCHNYDER. — Les limites de la psychothérapie. Neuchâtel, 1921.
- VACHET. — La pensée qui guérit. Grasset, 1925.
— Lourdes. Les mystères. Editions de l'Université, 1916.
- VALLET. — Les guérisons de Lourdes en 1926. Téqui, 1927.
— Lourdes, comment interpréter ses guérisons. Téqui.
— Guérisons de Lourdes en 1927-1928-1929. Téqui, 1930.
— Conférences sur les guérisons de Lourdes. Téqui, 1937.
- VAN DER ELST. — Rapports de l'hystérie et de l'hypnose. Thèse Paris, 1928.
— Vraies et fausses guérisons de Lourdes. Beauchêne, 1925.
— Thèses pour et contre Lourdes. *Documentation catholique*, 13 mars 1926; *Presse médicale*, 24 mai 1930.
— Un épisode de la lutte contre Lourdes.
- VOIVENEL. — Nouvelles littéraires, 1^{er} juin 1930.
- VOURCH. — La foi qui guérit. Etude médicale, Lethielleux, 1913.

